

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

390

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

GASTON DE MANNY

Né à Brossac (Charente), le 9 Mars 1869.

DES KYSTES ÉPIDERMiques TRAUMATIQUES

A CONTENU D'APPARENCE SÉBACÉE

DE LA

Paume de la main et de la pulpe des doigts

Président : M. TERRIER, professeur.

Jury { *professeur : M. LANDOUZY.*
agrégés : MM. MENETRIER et SEBILEAU.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

GASTON DE MANNY

Né à Brossac (Charente), le 9 Mars 1869.

DES KYSTES ÉPIDERMiques TRAUMATIQUES

A CONTENU D'APPARENCE SÉBACÉE

DE LA

Paume de la main et de la pulpe des doigts

Président : M. TERRIER, professeur.

Jury { professeur : M. LANDOUZY.
agrégés : MM. MENETRIER et SEBILEAU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE PÉRIER

Receveur de l'Enregistrement en retraite.

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS & AMIS

A MON EXCELLENT AMI LE D^r ANDRÉ BEISSAT

Souvenir de nos études médicales.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A M. LE PROFESSEUR PICOT

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. TERRIER

Professeur de Médecine opératoire
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

Ce serait une grande ingratitude de notre part, si avant de commencer ce travail, nous n'exprimions notre profonde reconnaissance, à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et facultés de Bordeaux et de Paris.

Que M. le professeur Picot dont nous avons été l'élève pendant un an reçoive tout particulièrement l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions enfin trop vivement remercier M. Peraire, assistant de chirurgie à l'hôpital Bichat, service du professeur Terrier, lui qui nous a donné le premier l'idée de ce travail, qui ne nous a point ménagé les conseils et nous a fourni nombre d'éléments et de matériaux à notre thèse.

Que M. le professeur Terrier veuille bien agréer l'hommage de notre profonde et sincère reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0052

INTRODUCTION.

Ayant eu eu l'occasion d'observer un cas de kyste épidermique de la face palmaire du médius opéré par le Dr Péraire, assistant de chirurgie à l'hôpital Bichat, service du professeur Terrier, il nous a paru intéressant d'étudier une affection assez rare, dont le diagnostic n'est pas facile à établir, et dont la pathogénie a été très discutée.

Ce sera le sujet de notre thèse.

Notre travail comprendra trois chapitres : le premier chapitre aura trait à l'histoire de la question.

Le second s'occupera de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie des kystes épidermiques.

Dans un dernier chapitre enfin, nous nous occuperons de de l'étude clinique de ces tumeurs, de leur diagnostic et de leur traitement.

De cette étude nous tâcherons de tirer une conclusion sur la pathologie des kystes épidermiques, et de montrer qu'à côté de tumeurs congénitales, il y a lieu de décrire une *variété de tumeurs acquises*, des kystes dermoïdes acquis selon l'expression de M. Kirmisson, ou encore des kystes

épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts comme les intitule le Dr Péraire dans une étude parue sur ce sujet dans la Revue de Chirurgie (1). C'est cette dernière appellation que nous conserverons.

(1) Revue de chirurgie, Paris, 12^e année, n° 10, 10 octobre 1892 p. 874-885.

CHAPITRE I

HISTORIQUE.

L'étude histologique des kystes épidermiques de la main est de date récente, elle remonte tout au plus à une vingtaine d'années. Dans le « Bulletin de la Société Anatomique de Paris, en 1868 », page 539 (1), Muron publie l'observation d'un kyste dermoïde de la main avec examen microscopique.

Nous avons cherché en vain dans les différents auteurs, avant lui il n'est point fait mention de ce genre de tumeur. Les kystes dont parle Velpeau dans ses « Leçons orales de clinique chirurgicale, 1841, t. III, p. 450, 451 » (2) sont des kystes synoviaux.

Dans une thèse, intitulée « Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts » (3), Th. Paris, 1855,

(1) Muron. Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1868, p. 539.

(2) Velpeau. Leçons orales de clinique chirurgicale. 1841, t. III, p. 450, 451.

(3) Vermont. Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts.

de Vermont, nous avons en vain cherché une observation, une description qu'il fut possible de rapprocher des kystes épidermiques.

M. Polaillon dans Art. Main. Dict. encyclop. des sc. méd., LVF, p. 147-148 (1) parle d'une observation de Parmentier, parue dans le Bulet. Sociét. Anat. Paris, 1885, prise par Micault comme exemple de kyste épidermique, mais d'après l'examen histologique pratiqué par Ch. Robin, nous dirons comme M. Polaillon, c'est là plutôt un épithélioma qu'un kyste.

M. Germonprez dans l'histoire des kystes épidermiques si nettement exposée (2), cite dans un ouvrage d'Annandale, (Diseases of fingers), paru en 1865 à Edimberug, trois cas de kystes des doigts comme kystes dermoïdes, mais rien de moins certain, aucun examen microscopique n'ayant été fait.

En 1866, M. Rizet publie dans Bulletin médical du Nord, trois observations de tumeurs qui sont désignées dans les « Archives générales de médecine » de la même année, sous le nom de « tumeurs graisseuses et qui sont appelées par l'auteur dans la « Gazette des Hôpitaux » (3), de 1881, p. 755 des kystes dermoïdes.

Pas d'examen microscopique, d'où diagnostic douteux et priorité de la découverte des kystes épidermiques par ces auteurs nom moins douteuse.

(1) Polaillon. Th. Paris, 1855 (Art. Main. Dict. encyclop. des sc. méd. t. LVI, p. 147. An. 1884.

(2) Guermonprez. Kystes des doigts. Th. Paris, 1886.

(3) Rizet. Gazette des hôpitaux, 1881, p. 755.

En 1868, l'observation publiée par Muron est plus précise, sous le titre de « Kyste dermoïde de la face palmaire de la main » l'auteur décrit une tumeur kystique à contenu puriforme et à parois formées de lamelles superposées; ces lamelles sont constituées « par des cellules épithéliales, aplaties, entremêlées de tissu conjonctif ». L'observation est assez incomplète, il n'est point fait mention des antécédents et de la profession du malade, et l'examen microscopique est fort concis, cependant la présence de cellules épithéliales et l'existence d'un contenu à aspect puriforme permet d'affirmer la nature épidermique de ce kyste.

Gillette, recueilli en 1876 dans le service de Cruveilhier. Gazette des hôpitaux, page 475 (1), l'observation d'une tumeur kystique de l'index gauche, de forme ovalaire, occupant toute la longueur de la deuxième phalange, et selon Gillette il s'agirait d'un kyste sebacé « dont le siège était quelque peu insolite. »

C'est là une intéressante observation, selon toute probabilité, il s'agirait bien d'un kyste épidermique. Il est malheureux qu'il n'ait pas été pratiqué d'examen histologique. Billroth dans la « Chirurgische Klinik » (2) cite deux cas qui ne sont pas plus précis.

Demay décrit en 1880 dans sa thèse (p. 71) (3), l'observation d'une tumeur qu'il désigne sous le nom « Kyste épithélial corné » et qui est bien un kyste épidermique.

(1) Gillette. Gazette des Hôpitaux, p. 875, 1875.

(2) Billroth. Chirurgisch klinisch, p. 466.

(3) Demay. Étude clinique et historique de certaines tumeurs de la main. Th. Paris, 1880, p. 71.

Voici résumée l'observation : Il s'agit d'un homme de 44 ans, un mois environ après avoir été mordu par un chien au niveau de l'espace qui sépare le premier du deuxième métacarpien, il se manifesta une petite tumeur « faisant corps avec la peau, mais mobile sur les parties sous-jacentes qui augmenta peu à peu de volume. Cette tumeur extirpée l'examen histologique révéla dans la paroi l'existence :

1° D'un épithélium parimenteux stratifié à la partie externe, et constitué par des cellules crénelées ;

2° D'une zone très épaisse formée par du tissu épithélial corné, dont les couches les plus internes, desquamées, formaient au milieu du kyste une bouillie épaisse.

Le tissu conjonctif ne paraissait pas entrer dans la formation de la paroi. Le contenu consistait en « liquide assez épais, filant et tenant en suspension des éléments organiques solides. »

Il s'agit donc bien d'un kyste à paroi formée par les éléments, entrant normalement dans la constitution de l'épiderme, d'un kyste épidermique.

L'observation V du même auteur est plus sujette à caution. Aussi adoptons-nous absolument la manière de voir du Dr Labougle, qui dans sa thèse sur l'Anatomie pathologique des kystes épidermiques de la main (1), critique d'une façon remarquable les observations de cet auteur, et nous arrêtons-nous à ses conclusions que nous reproduisons.

1° Que la reproduction des coupes de la première tumeur (pl. IV) n'est pas suffisamment exacte ;

(1) Labougle. Anatomie pathologique et pathogénie des kystes de la main, Th. Bordeaux, 1889. p. 15, 16, 17.

2° Que la tumeur qui fait l'objet de la triple observation de M. Demay est un fibro-sarcome à cellules géantes, cas rare il est vrai, mais signalé par Gross, de Nancy ; Paquet, de Lille ; Ferré, de Bordeaux, Labougle et Tillaux ;

3° Qu'il faut complètement distraire de celle-ci le kyste épithélial sous-cutané signalé comme première récidive et qui reconnaît une pathogénie distincte (traumatisme) ;

4° Que ce kyste épithélial n'est autre qu'un kyste épidermique.

Jusqu'ici, dans toutes les observations dont nous avons parlé, les dénominations les plus diverses ont été données à ces kystes. Gillette, Poland, Savage, Trèves les appellent « kystes sébacés », Rizet, Gibier, Hunon « kystes dermoïdes », Chavasse, Gross « tumeurs perlées », Billroth, Kuster « athéromes ». Et, en somme, l'attention est peu appelée sur toutes ces tumeurs.

Il faut en arriver à la première observation vraiment consciencieuse du D^r Troquart, de Bordeaux (1), d'un kyste épidermique dont les caractères histologiques sont nettement définis par un de nos anciens maîtres, le professeur Arnozan ; pour que l'attention soit un peu appelée sur ces tumeurs, MM. Arnozan et Troquart, en effet, sont les premiers à affirmer la structure épidermique du kyste dont ils tracent la description ; les premiers ils ont créé le nom qui est resté à cette catégorie de kystes, dénomination conservée par Reverdin.

(1) Troquart. Journal de médecine de Bordeaux, 17 septembre 1881, n° 6, p. 52.

En raison de l'importance de cette observation, nous croyons bon de la résumer.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, exerçant la profession de journalière; chez cette femme, le kyste apparut au niveau de la pulpe de l'annulaire droit et cela sans traumatisme antérieur, on énucléa le kyste, ce qui fut très facile, vu le peu d'adhérence de la tumeur; l'examen histologique démontra la présence unique dans la paroi kystique de cellules épidermiques très serrées les unes contre les autres. Les cellules les plus externes étaient colorées en rouge, les plus internes en jaune et appartenaient nettement au stratum corneum. Le contenu, en tout point semblable à la matière sébacée, était formé par une vraie desquamation de ces dernières cellules; mais la partie centrale, désagrégée dans l'alcool, ne put être examinée, ce qui permet de douter de la présence exclusive de ces cellules dans la cavité kystique.

Le cas de Gibier (1) est à peu près analogue. Tumeur ayant le volume d'une noisette siégeant à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit. L'examen histologique démontrait que l'enveloppe était formée par une gangue de tissu conjonctif recouverte à sa face interne par des cellules épithéliales tassées « comme celles qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané. »

Rizet publia, en 1881, dans la « Gazette des hôpitaux » trois observations de « kystes dermoïdes ». Nous n'insistons pas sur ces trois observations. Si la première observa-

(1) Gibier. Bullet. Soc. Anat. Paris, p. 161.

tion avec examen histologique ne fait aucun doute, il n'en est pas de même des deux dernières. Ces tumeurs, en effet, sans aucun examen histologique, n'ont aucun caractère distinctif permettant de leur assigner une structure épidermique.

Nous n'insisterons pas davantage sur deux observations de Küster parues à Berlin en 1882, citées par Reverdin. Ces tumeurs sont désignées sous le nom « d'athérome ». L'examen histologique laisse un doute, et l'on se demande si l'on ne serait pas en présence d'un épithélioma perlé, tel que l'ont décrit Cornil et Rouvier, Forster.

M. Chavasse publie, dans la « Revue médicale de l'Est, » (1883) (1) un excellent exemple de kyste épidermique. La tumeur apparut chez un soldat, à la pulpe de l'index gauche, sans qu'aucun traumatisme put être invoqué pour en donner l'explication.

La Société pathologique de Londres publie, en 1883 (2), cinq observations de kystes à la face palmaire de la main, désignés sous le nom de « kystes sébacés ».

Le kyste présenté par M. Poland existait sur la face palmaire de l'annulaire chez un homme de 59 ans. « Le kyste était rempli par des cellules épidermiques épaisses, mais il n'y avait pas de suc distinct. »

Nous laisserons de côté les observations présentées dans la même séance par MM. Savage et Godlee, ces observations n'ayant aucune confirmation histologique.

(1) Chavasse. Revue médicale de l'Est, janvier 1883.

(2) Poland, Savage, Godlee, W. Hulke. Pathological. Society of London, 16 oct. 1883. (British. Med. Journal, 1883, vol. II, p. 773.)

Trèves, la même année, dans le « *Britisch medical Journal* », et Harvey (1) l'année suivante, publient, eux aussi, des observations de « kystes sébacés » siégeant au niveau des éminences thénar. Mais là encore nous serions heureux d'avoir un examen histologique. On nous parle du contenu de la tumeur qui, dans le cas de M. Trèves, est tout à fait semblable à celui d'une loupe du cuir chevelu ; dans l'observation de M. Harvey, ce contenu se présente comme « *cheesy-like mattei* », un contenu à substance caséuse.

M. Polaillon publie en revanche un remarquable exemple de kyste épidermique. Le siège de la tumeur était à la base de la première phalange de l'index droit, le volume était celui d'une amande ; la peau était légèrement adhérente.

L'extirpation permit de constater l'existence d'un kyste à parois mesurant quelques millimètres de diamètre et à contenu « analogue à de la cire ramollie, blanchâtre, onctueuse ».

La coupe de la paroi permettait de constater une zone externe de nature fibreuse, revêtue à la face interne par un épithélium divisé en deux couches : la première formée de cinq à six rangées de cellules polygonales, crénelées, les plus internes à granulations d'éléidine ; la seconde formée de cellules cornées. Aucun traumatisme n'est indiqué comme origine de ce kyste. M. Polaillon lui donne le nom de kyste dermoïde (2).

(1) G. Harvez. *Brit. Med. Journal*. January 1884, n° 1, page 10.

(2) Polaillon. *Union médicale*, 1884, vol. II, p. 142.

Dans son « Mémoire sur les tumeurs perlées » (1885), les observations publiées par le professeur Gross, de Nancy, ne sont en réalité que des kystes épidermiques. Un examen histologique pratiqué par M. Baraban les accompagne. Ces deux kystes reconnaissent pour cause un traumatisme, dans un cas vingt-quatre ans, dans l'autre cinq ans, à l'endroit même où se produisit la piqûre se manifesta le kyste.

M. Baraban fait remarquer la continuité qui existait entre l'épiderme du doigt et les cellules qui formaient la paroi kystique. Le contenu consistait en cellules cornées, cristaux de cholestérine, granulations graisseuses.

Sous le nom de kyste dermoïde de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit, Lalitte publie, en 1885, dans sa thèse, une importante observation du professeur Heydenreich, de Nancy. Le malade est ajusteur ayant constamment le marteau à la main ; un jour il ressent une forte sensation de piqûre à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit ; un mois plus tard, à cet endroit se manifesta une petite tumeur qui continua à grossir petit à petit. Six à sept mois plus tard, nouvelle tumeur à la partie latérale interne de la même phalange. Le diagnostic de kyste dermoïde fut porté par M. Heydenreich.

Le contenu de la tumeur est formé par des cellules épithéliales, parimenteuses, lamellaires pour la plupart. A l'examen histologique, on reconnaît que le kyste est entièrement de constitution épidermique. On distingue même dans la paroi kystique des *papilles*, et de petits corps rap-

(1) Des kystes dermoïdes des doigts. Th. de Nancy, 1885.

pelant la *structure des corpuscules du tact*. Ce kyste a la structure de la peau.

Dans la thèse de Lalitte, il est décrit aussi un kyste épidermique dont l'observation est due à M. Kermissem. C'est un kyste qui siégeait au niveau de la deuxième phalange du médius de la main gauche. Il n'est pas fait mention des antécédents et de l'étiologie de la tumeur. L'examen microscopique permit de constater un contenu formé par des cellules épithéliales sèches, cornées et par de la graisse, une paroi constituée : 1° par une zone épaisse de cellules cornées ; 2° par un véritable corps muqueux de Malpighi ; 3° par un substratum de tissu conjonctif « qui offrait, par places, dans son épaisseur, une grande quantité de vaisseaux sanguins » ; 4° par une capsule épaisse, résistante, formée de tissus fibreux.

M. le professeur agrège Villar, de Bordeaux, a communiqué, en 1886, à la Société anatomique de Paris (1), une observation qu'il intitule : « Kyste à contenu sébacé de la falce palmaire du petit doigt. » Il est noté dans les antécédents du malade un traumatisme ayant déterminé quelques plaies superficielles au niveau de la main gauche. Six ans plus tard, tumeur à la racine du petit doigt et à la face palmaire. Tumeur ayant le volume d'une aveline.

L'examen du contenu n'a pas été fait ; mais il est noté qu'il consistait en une matière épaisse, blanchâtre présentant tous les caractères extérieurs de la matière sébacée qui s'échappe d'une loupe. »

(1) Villar Société anatomique de Paris (France médicale, 1886, p. 522).

La pièce a été examinée. Elle a séjourné longtemps dans l'alcool. On a constaté que la paroi n'était formée que *par du tissu conjonctif*. Nous pensons à un kyste épidermique.

Dans l'observation de MM. Guermonprez et Toison (1885) on observe un phénomène inverse, il existe bien un contenu formé de cellules cornées sans poils, cristaux ni granulations graisseuses, mais il n'y a pas, dans la constitution de la paroi, de zone conjonctive, tandis qu'il existe un revêtement purement épithélial.

Les cellules forment plusieurs couches rappelant exactement les diverses couches de l'épidermie depuis le stratum de Malpighi jusqu'au stratum corneum. Il n'est pas noté de traumatisme. Homme, âgé de 20 ans.

M. Poulet (1) du Val-de-Grâce, en 1886, a communiqué à la Société de Chirurgie de Paris, l'observation d'une tumeur développée chez un militaire à la suite d'un traumatisme. Clou enfoncé dans la paume de la main exactement sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle. Le kyste se développe au niveau de la cicatrice quelques mois plus tard. L'examen de la tumeur démontra l'indépendance absolue de la peau et du kyste; l'existence dans ce kyste d'un contenu formé « exclusivement par des cellules épidermiques typiques » et d'une paroi constituée :

- 1° Par une couche conjonctive feutrée sans vaisseaux ;
- 2° par une zone cellulaire analogue au stratum de Malpighi ;
- 3° par une deuxième zone plus interne formée par des cellules cornées.

(1) Poulet. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XII, 1886, p. 460.

En 1887, Reverdin, de Genève (1), fit paraître un long mémoire sur les kystes épidermiques des doigts. C'est là le travail le plus complet à tous les points de vue qui ait paru sur la question. Dans la partie historique cependant M. Reverdin admet comme kystes épidermiques, des tumeurs dont aucun examen histologique n'a été pratiqué, et qui nous paraissent assez sujettes à caution.

A cette série d'observations, M. Reverdin en ajoute deux personnelles. Dans la première il n'a été fait aucun examen microscopique, mais l'énucléation facile, le contenu blancâtre, sébacé, les lamelles superposées constituant la paroi, paraissent suffisants au savant professeur de Genève pour pouvoir affirmer la nature épidermique de ce kyste.

Dans cette première observation, il n'est noté aucun traumatisme.

La seconde, au contraire, a pour origine un traumatisme (coup de marteau sur la face dorsale du pouce gauche au niveau de l'interligne phalangien, ayant déterminé une plaie), et s'est développée à l'endroit même où s'était produite la contusion. A l'examen histologique pratiqué par M. Mayor, on constate l'existence d'une gangue conjonctive sans traces de vaisseaux, de papilles ou de terminaisons nerveuses, revêtue à sa face interne par une série de couches cellulaires analogues à celle de l'épiderme.

En 1887, M. Villar (2) présente à la Société Anatomique de

(1) Reverdin. Des kystes épidermiques des doigts. *Revue de la Suisse romaine*, 1887.

(2) Villar. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 15 avril et 7 octobre 1887.

Paris deux observations de kystes épidermiques. Tumeur siégeant au niveau de la dépression que limitent les masses adipeuses, correspondant aux troisième et quatrième espaces inter digitaux. Aucun traumatisme n'est signalé. L'examen histologique pratiqué permet de reconnaître dans la paroi : une zone fibreuse externe où il existe un réseau très riche de fibres élastiques et des cellules conjonctives, et une zone interne épithéliale : les cellules les plus externes appartenant au stratum de Malpighi, les plus internes étant cornées, et les moyennement formant une zone homogène, réfringente, représentant un stratum lucidum.

Dans la seconde observation, la tumeur s'était développée chez une femme, âgée de soixante-dix-huit ans, au niveau de la face palmaire de l'index droit, pas de traumatisme antérieur. Extirpation faite par M. Villar, la tumeur est examinée histologiquement par le professeur Ferré. La tumeur mesurait environ deux centimètres de long ; microscopiquement la portion fermée ne contenait sur sa face interne aucun revêtement épithélial ; elle était constituée par du tissu conjonctif, dense, ayant peu de vaisseaux présentant en certains points les lésions de la dégénérescence granulo-graisseuse.

La portion ouverte se composait de deux parties : une partie de nature conjonctive externe, dont les couches moyennes subissaient la dégénérescence granulo-graisseuse et dont les couches internes possédaient par places de très petites papilles ; et une partie interne de nature épidermique où l'on retrouvait le corps muqueux de Malpighi, le stratum granulosum et la couche cornée.

M. Ferré concluait que « ce kyste d'après les caractères

indiqués, paraissait se rapprocher de la première variété de kystes dermoïdes établie par Lebert, et qu'ont maintenue MM. Cornil et Ranvier, dans leur *Traité d'Anatomie pathologique* (p. 594).

Dans le « *Bulletin de la Société Anatomique, Paris, 1889* », M. Jonnesco (1) cite une observation de kyste épidermique. L'origine de la tumeur est produite par un traumatisme. A la main il existe des plaies superficielles, au niveau de l'une d'elles se développe une petite grosseur. En 1888, M. Tuffier extirpe cette tumeur. Examen histologique de M. Toupet. Apparence d'un kyste sébacé macroscopiquement. L'étude microscopique révéla dans la paroi de la tumeur l'existence d'une couche externe de structure conjonctive sans traces de papilles ni de glandes, et de couches épithéliales analogues à celles de l'épiderme. Le contenu est formé par la désintégration des cellules cornées.

En février 1889, le professeur Reverdin (1) publie une nouvelle observation de kyste épidermique avec examen de M. Mayor. C'est une femme qui, en juin 1888, se fait avec une serpe une blessure à la main. La plaie siège sur le bord interne du métacarpe de la main gauche, au niveau de la partie muqueuse du cinquième métacarpien. Quatre mois après, en décembre 1888, se développe sous la cicatrice une petite tumeur arrondie indolore qui acquiert petit à petit le volume d'un pois. Après extirpation, en janvier, l'exa-

(1) Jonnesco-Bullet. Société Anatomique de Paris, novembre 1888, p. 940.

(2) Reverdin. *Revue de la Suisse romande*, 1889, p. 87.

men microscopique montre que la coque kystique était de nature épithéliale ; pas d'élément fibreux. Trois couches épithéliales constituent la paroi : la couche externe formée de cellules cubiques polygonales, semblables à celles de la couche de Malpighi ; une couche moyenne, formée d'éléments aplatis, la plupart dépourvus de noyaux ; une couche interne cornée, dont les éléments desquamés constituaient le contenu kystique. Le contenu ressemble à la substance sébacée.

MM. Mollière et Poncet (1) présentent à la Société des Sciences Médicales de Lyon 1888, des observations dépourvues de contrôle histologique. Nous n'y insisterons pas. Il s'agissait d'un kyste à contenu d'aspect sébacé et qui, énuclé, présentait une paroi rappelant celle des kystes dermoïdes.

En 1889, dans sa thèse très documentée sur l'« Anatomie pathologique et la pathogénie des kystes épidermiques de la main, p. 36. » Labougle (2) publie une observation de kyste épidermique avec examen histologique complet. Nous la résumons : Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, employé au chemin de fer de la Compagnie d'Orléans à Bordeaux. En tombant sur la main droite, un morceau de bois planté en terre s'enfonce dans celle-ci au niveau de l'éminence thénar.

Il enlève lui-même la portion de bois implantée. La plaie guérit rapidement.

(1) Société médicale de Lyon, mai 1889.

(2) Loc. cit.

Un an après, P... s'aperçoit d'une petite tumeur grosse comme un pois, à l'endroit même où il avait reçu le traumatisme. La tumeur peu à peu prend le volume d'une noisette. Dans le service de M. Dubourg où elle est opérée, une ponction de la tumeur donne issue à un ruban de matière blanchâtre, absolument analogue à la matière sabacée.

A l'examen microscopique pratiqué avec beaucoup de soin, il fut facile de constater que l'épiderme entraînait dans la constitution de la paroi.

« La majeure partie de cette paroi était constituée par du tissu conjonctif sous forme de cellules et surtout de fibres tassées les unes contre les autres et donnant l'aspect d'un fibrome cornéen.

Le lambeau épidermique tapissait une partie de la face interne du kyste et n'atteignait pas le fond de ce dernier. Enfin, il existait un contenu constitué par des cellules épidermiques cornées, assez rares, et par un magma granulo graisseux provenant de la nécrobiose de ces dernières et des fibres conjonctives de la paroi. » Labougle (1), *loc. cit.*

A partir de 1889 et surtout depuis le mémoire de Reverdin (2) 1887, les observations de kystes épidermiques deviennent de plus en plus nombreuses. Nous n'aurions la prétention de toutes les reproduire ici. Nous ne citerons que les communications les plus importantes.

(1) Labougle, Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main (Th. de Bordeaux, 1889.)

(2) Reverdin, *loc. cit.* (Revue de la Suisse romande 1887.)

En 1891, on trouve dans la *Revue de Chirurgie* une observation curieuse de MM. Kummer et Christiani (1).

Il s'agit d'un kyste développé autour d'une aiguille enfoncée dans un doigt. Il n'y avait pas de cellules cornées. Mais les cellules superficielles aussi bien que les profondes présentaient la même apparence. D'où l'opinion pour MM. Kummer et Christiani qu'il s'agit d'un kyste dont l'origine est due : « Soit à une partie de l'épiderme entraîné dans la profondeur, soit à une glande sudoripare que le corps étranger aurait maltraité et isolée en pénétrant à travers elle dans la peau. » Les auteurs estiment en effet « que non seulement des cellules épithéliales de la peau entraînées dans le tissu conjonctif peuvent y proliférer et former des kystes, mais aussi d'autres épithéliums peuvent agir de même. »

En 1892, le Dr Peraire (2) (ouvrage déjà cité) fait paraître dans la *Revue de Chirurgie*, trois observations concluantes de kistes épidermiques avec examen histologique (sont citées).

Dans le commentaire de ses observations, l'auteur fait valoir « que comme rien dans la structure des kystes épidermiques ne rappelle la composition du sebum, il a conservé à ces kystes l'appellation de kystes épidermiques, en ajoutant d'apparence sébacée pour être plus dans le vrai, et non pas kystes à contenu sébacé comme les intitule Villar, Verchère, etc.

(1) Kummer et Christiani, kyste développé autour d'une aiguille enfoncée dans un doigt (*Revue de Chirurgie*, p. 640, août 1891).

(2) Peraire, *loc. cit.*

Au sujet de la pathogénie, le Dr Peraire fait remarquer qu'une « série de violences répétées sans traumatisme accidentel sont absolument suffisants pour produire le kyste » et le Dr Peraire conclue à une pathogénie unique : « l'inclusion des cellules épidermiques qui par une suite continue de proliférations et de dégénérescences se transforment en une masse d'apparence sébacée. » Il est fait en terminant le diagnostic d'une façon complète des différentes tumeurs des doigts pouvant être confondues avec le kyste épidermique.

Les idées de l'auteur nous ont paru si nettes, qu'à travers toutes les théories, nous nous sommes attachés aux conclusions du Dr Peraire et les avons adoptées.

En 1893, à propos d'une observation publiée par Labougle (1) dans la *Tribune Médicale*, l'auteur a nouveau essayé de soutenir la théorie d'une double pathogénie comme production des kystes épidermiques : à savoir une inclusion congénitale et une inclusion traumatique. Et cependant l'observation qu'il publie est un magnifique exemple de kyste épidermique dû à un traumatisme. La tumeur s'était développée après l'enfoncement d'une écharde dans le doigt).

En 1894, dans la *Revue de Chirurgie*, dans un article intitulé : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes traumatiques, René Le Fort (2) publie quatre observations curieuses de kystes épidermiques développés l'un à la main

(1) *Tribune Médicale*, p. 410, 1893.

(2) *Revue de Chirurgie*, Paris 10 décembre 1894, n° 12, p. 1,103 et suiv. Signé René Le-Fort.

et les autres dans des régions différentes. Nous ne retiendrons que la première observation qui touche particulièrement notre sujet et que nous publions ; les autres observations n'étant surtout intéressantes qu'au point de vue de la pathogénie des kystes épidermiques. Elles ne font que confirmer l'origine de l'inclusion épidermique seule.

L'auteur dans son travail se demande surtout quelle est la raison « de la simplicité anatomique des kystes dermoïdes traumatiques, et pourquoi dans la plupart des observations la paroi des kystes n'a pas la structure complète de la peau. Et dans une étude très consciencieuse, par des expériences faites sur le cadavre, après examen microscopique, en un mot après des recherches très minutieuses et on ne peut plus intéressantes, s'appuyant sur une observation de M. Garré (1), l'auteur admettrait qu'il y aurait deux variétés de kystes : « 1° Des kystes produits par le refoulement et la greffe d'un fragment cutané invaginé ayant complètement perdu ses connexions profondes. Ces kystes seraient exclusivement épidermiques sans papilles.

2° « Des kystes produits par l'enclavement d'un fragment invaginé dans la profondeur, mais ayant conservé ses connexions anciennes, ses vaisseaux, ses nerfs. » D'où il s'en suivait qu'on pourrait alors trouver dans la paroi du fragment invaginé toutes les parties intégrales de l'épiderme, papilles, glandes, comme le fait s'est rencontré. Nous admettons donc parfaitement les conclusions de l'auteur,

(1) Garré. Weber Traumatische Epithelegsten der Finger (Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1894. — Dermatol. Zeitschrift. Bd, I, S. 45, 1894.

surtout après l'observation de M. Garré (1) que nous résumons.

Il s'agissait d'un kyste traumatique de l'annulaire. Dans l'intérieur du kyste se trouvait un amas cellulaire, formé de cellules rondes, et présentant une disposition spéciale, et l'auteur se demande si leur origine n'était pas dans les débris de glandes sudoripares, refoulées avec la peau et éparpillées en différents endroits.

L'on peut voir en effet dans les figures qui accompagnent l'observation, que le fragment invaginé avait été simplement séparé de la peau voisine et refoulé tout en ayant conservé ses connexions profondes, ses vaisseaux, ses nerfs.

Parmi les auteurs étrangers qui s'occupent surtout ces derniers temps des kystes épidermiques, nous trouvons quelques études faites en Allemagne. Etudes d'ailleurs sans idées bien neuves, ne faisant que reproduire les théories émises déjà par Reverdin et par Masse. En dehors de l'observation de Garré que nous avons résumée et qui seule est intéressante. Nous ne voyons à citer qu'un travail paru dans les « Archiv. f. Klein. Chir. 1894-95, XLVIII, I » (2).

En 1895, Blumberg (3) enfin dans le *Deutsch Zeitung für Chirurgie*, fait une communication sur les kystes épidermiques. Cet auteur insiste surtout sur les dénominations données aux kystes épidermiques. Dénominations qui ne lui paraissant pas correctes. On n'a pas non plus suivant

(1) Garré, *loc. cit.*

(2) Archiv. f. Klein. Chir. 1894-95, XLVIII, I. »

(3) Blumberg, kystes épithéliaux. *Deutsch. Zeit. f. Chir.* XXXVIII, page 604, 1895.

lui assez insisté dans les observations sur la situation et la composition des kystes. Et toujours, suivant Blumberg, le kyste épidermique ne diffère en aucune sorte de l'épithéliome perlé ; nom qu'on doit lui conserver ; l'origine et la consistance de la tumeur devant à son avis expliquer cette dénomination. Et comme traitement il propose l'extirpation. En somme Blumberg se range à l'opinion de Garré (1) disant que les tumeurs perlées et les kystes épidermiques doivent être confondus. Ce que déjà Reverdin (2) exprimait en disant que les kystes épidermiques et les tumeurs perlées sont deux variétés d'un même processus qu'il n'y a pas lieu de séparer.

(1) Garré, *loc. cit.*

(2) Reverdin, *loc. cit.*

OBSERVATION I

VILLAR. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1885, p. 544, et F. GUERMONPREZ, *Kystes des doigts*, Paris, 1886.

D. Alfred, menuisier, entré le 11 décembre 1885, service de Richet. En 1877, main gauche prise dans une machine, plaies superficielles. Il y a environ deux ans, il découvre une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle à la racine de l'auriculaire gauche, face palmaire; augmentation graduelle, élancements le long du bord cubital de l'avant-bras; il y a sept ou huit mois elle acquiert le volume d'une aveline.

État actuel: deux tumeurs, l'une à la face palmaire, du volume d'une aveline, plus près de la commissure que du bord interne, l'autre plus petite, allongée, comparée à un petit haricot, siège dans la partie de la commissure qui répond à la face externe de l'auriculaire. Consistance élastique, mobilité sur les parties profondes; épaissement de la peau sur la tumeur palmaire. Diagnostic incertain. Opé-

ration le 15 décembre 1885, dissection; adhérences à la gaine des fléchisseurs; la tumeur est ouverte. Issue d'une matière épaisse, blanchâtre, présentant les caractères de la matière sébacée s'échappant d'une loupe.

Guérison en quatre jours. Paroi kystique formée de tissu conjonctif, pas de revêtement épithelial, ce qui serait du à ce que la pièce a été examinée un peu trop tard et qu'elle a séjourné trop longtemps dans l'alcool.

OBSERVATION II

POULET. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*. Tome XII, 1886, p. 460, des kystes dermoïdes acquis.

X..., cavalier de remonte, entre en novembre 1885, au Val-de-Grâce. Tumeur du volume d'une noisette, arrondie, saillante, ferme, élastique, rénitente, soulevant la peau de la main droite dans son centre sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle; paraît adhérente à la peau et à l'aponévrose, mais non aux tendons ni à leur gaine; petite tache lisse comme une cicatrice à son niveau. Il y a un an, s'est enfoncé un clou dans la paume de la main en tombant sur

une planche. Quelque temps après, apparition au niveau de la cicatrice d'une tumeur qui a grossi peu à peu. Diagnostic, kyste dermoïde. Opération. Tumeur circonscrite par deux incisions curvilignes, dissection, la tumeur est ouverte, issue de matière sébacée, blanc-jaunâtre, épaisse. On constata qu'elle sortait d'un petit prolongement sous-aponévrotique de la tumeur qui fut gratté et lavé à la solution phéniquée forte.

Guérison par première intention. Pas de récurrence. Examen de la tumeur : contenu, cellules d'épiderme ; membrane kystique formée de trois couches : 1° couche conjonctive feutrée, pas de glandes sudoripares, épaisse, uniforme ; 2° couche formée par un corps muqueux de Malpighi ; quatre ou cinq rangées de cellules épithélioïdes crénelées, les plus profondes à éléidine, pas de festons, mais en deux points éperons saillants ; 3° couche cornée épaisse. La peau qui recouvre la tumeur en est indépendante ; ses glandes sudoripares s'ouvrent à la peau par des tubes très larges. Pas de cicatrice proprement dite.

1 OBSERVATION III

Kyste épidermique traumatique à contenu d'aspect sébacé de la face palmaire du médius droit. (Revue de Chirurgie, 1891, PERAIRE. Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée).

Le nommé Chal. Casimir, cordonnier, âgé de quarante-

deux ans, se présente le 17 novembre 1891, à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat. Nous remarquons qu'il porte une petite tumeur sur la face palmaire du médus de sa main droite, au niveau de la deuxième phalange.

Quoique indolente, cette tumeur le gêne dans son travail; aussi le malade nous demande-t-il de l'en débarrasser.

Ce n'est que depuis dix-huit mois qu'il s'est aperçu de la production de celle-ci. Elle s'est développée lentement. Au début, elle était de la grosseur d'un pois. Aujourd'hui, elle atteint le volume d'une petite noix; elle est élastique, dure, semi-fluctuante; elle est adhérente à la peau, assez mobile sur les plans profonds, sans aucun changement de coloration de l'épiderme, et sans aucune excoriation de celle-ci.

La pression ne détermine pas de douleurs à la surface. Les articulations voisines sont intactes.

Nous posons le diagnostic de kyste épidermique acquis du médus.

Opération le 17 novembre 1891. — La main est d'abord baignée dans l'eau chaude phéniquée pendant 20 minutes, puis brossée, savonnée et désinfectée avec la solution de sublimé à 1/1000^e. Un lien élastique est placé à la racine du médus.

Insensibilisation de la tumeur par la pulvérisation à l'éther au moyen de l'appareil de Richardson.

Immédiatement après l'incision de la peau, on touche sur un corps arrondi, blanc nacré, ayant le volume et la forme d'une grosse noisette.

Nous faisons une légère boutonnière à cette poche blanche qui laisse sortir une sorte de mastic très blanc, gru-

meleux, assez épais, puis nous fermons notre incision au moyen d'une pince à forcipressure et nous pouvons enlever complètement la tumeur avec une partie de son contenu. Suture de la peau avec quatre crins de Florence, drainage au moyen de deux crins; pansement iodoformé et ouaté.

Le malade est revu le 19 novembre. On enlève les fils. Pansement iodoformé. Le 24 novembre guérison complète.

Les caractères macroscopiques de la tumeur sont ceux d'un kyste sébacé.

A la coupe, on trouve une coque d'un blanc nacré assez épaisse; et, comme nous l'avons dit, un contenu pouvant être comparé à du mastic blanc.

OBSERVATION IV

Kyste épidermique traumatique a contenu d'aspect sébacé de la paume de la main droite. (PERAIRE, *Revue de Chirurgie*, 1894).

Le nommé Guér... Ernest, terrassier, âgé de 38 ans, demeurant à Asnières, se présente le 2 avril 1892, à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Il vient nous prier de lui enlever une tumeur située à la

face palmaire de la main droite au-dessous de l'annulaire. Celle-ci a débuté il y a quatre ans et demi. Elle avait d'abord les dimensions d'une lentille; elle a atteint depuis deux ans le volume d'une noix. Cette tumeur gêne le malade dans son travail. Le manche de la pioche et de la pelle appuie habituellement sur la tumeur; cette sensation lui est désagréable plutôt que douloureuse.

L'épiderme au niveau de la tumeur est absolument intact. Jamais d'écoulement. La tumeur est arrondie, elle n'est pas fluctuante, elle est assez dure, élastique; elle paraît adhérer à la peau et être assez mobile sur les plans profonds. La pression est indolore à sa surface. Pas de lésions apparentes des os et des articulations voisines. Diagnostic, kyste épidermique traumatique de la paume de la main.

Opération. — Le 2 avril, après une asepsie soignée de la main, on anesthésie la tumeur au moyen d'un tube de chlorure d'éthyle. Nous enlevons ensuite la tumeur au bistouri sans l'avoir ouverte. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé.

La tumeur enlevée est arrondie; sa paroi élastique, assez résistante, est d'un blanc nacré; son contenu est une sorte de mastic blanc.

Le malade est revu le 9 avril. On retire les quatre points de suture. La réunion de la plaie est complète.

Collodion au salol sur la cicatrice.

OBSERVATION V

Revue de Chirurgie, 1892, PERAIRE.

La 3^e observation du D^r Peraire a trait à un nommé Fr. Jean, âgé de trente-cinq ans, typographe, porteur d'un kyste épidermique traumatique de la pulpe du medius de la main gauche.

Disons tout de suite que ce malade est gaucher et qu'en qualité de typographe ses doigts sont exposés à subir de fréquents traumatismes. C'est ainsi que le doigt qui est le siège du kyste reçoit le plus souvent des coups de marteau destinés à fixer les caractères d'imprimerie. Cette série de traumatismes n'est pas la seule à invoquer au point de vue de la cause déterminante de l'affection.

Une première fois en 1881, le malade se fit une piqûre au medius avec un long poinçon en nettoyant un fusil à baguette. Cette piqûre guérit au bout de deux ou trois jours.

En 1882, le point qui avait été piqué devint le siège d'une tumeur grosse comme un pois. Celle-ci se développa très lentement et ne commença à acquérir le volume d'une noisette qu'en 1891.

Depuis cette époque, M. Fr. s'est fait fréquemment, sans résultat du reste, des badigeonnages sur le doigt malade avec de la teinture d'iode. Dès les premiers jours du mois de juin 1892, il se piqua avec l'épine d'un églantier au niveau du kyste qui se vida en partie, puis augmenta de nouveau de volume.

Le 12 juin, le kyste était douloureux, la peau était rosée à son niveau et paraissait amincie. M. Fr. n'hésita pas à vider lui-même le contenu de la tumeur au moyen d'une épingle, puis alla consulter le Dr A. Broca qui pressa assez fortement sur la tumeur, diagnostiqua un kyste dermoïde, et eut ensuite l'amabilité de nous envoyer le malade pour que nous l'opérions.

Opération. — Le 17 juin, après avoir soigneusement désinfecté la main du malade, et après avoir posé une ligature élastique au niveau de la racine du medius, nous faisons pratiquer l'anesthésie locale de la surface à opérer au moyen d'un tube au chlorure d'éthyle. Ceci fait, nous faisons l'ablation du kyste au bistouri, nous la fermons avec trois sutures au crin de Florence avec une solution de sublimé. Après avoir désinfecté la plaie à 1/1000^e, pansement avec un tampon d'ouate iodoformée, de l'ouate boriquée et une bande en tarlatane.

Nous renvoyons M. Fr. le 25 juin. Nous enlevons les fils. La guérison est complète. Nous appliquons un simple pansement au lint boriqué par pure précaution avec l'autorisation de l'enlever deux jours après.

*Examen histologique de ces trois kystes dû à l'obligeance
de M. E. Lieffring, externe du Dr F. Terrier.*

Ces trois kystes extirpés ont été immédiatement durcis à l'alcool absolu.

Les coupes colorées au picrocarminate de Ranver, à l'hématoxyline éosinée, nous ont révélé la structure suivante :

Examinée à un faible grossissement (obj. 3, vol. 3) la paroi se montre constituée par différentes couches concentriques.

En allant de la périphérie au centre, on distingue :

1° Une couche conjonctive séparée de la suivante par un mince tractus de substance amorphe, sorte de basement membrane.

En certains points, cette enveloppe conjonctive est nettement détachée de la couche sous-jacente ; ce qui démontre la faible adhérence qu'elle contracte avec elle.

2° Une couche de cellules épidermiques d'épaisseur variable. Réduite à deux ou trois rangs de cellules plus ou moins aplaties en certains endroits, elle se reconstitue plus loin avec tous ses éléments cellulaires caractéristiques.

3° Une couche kératinisée colorée en jaune par le picrocarmin, finement stratifiée ne présentant aucune structure cellulaire.

En certains points, disposés suivant le sens des strates,

on voit des amas de substance granuleuse donnant la réaction caractéristique de l'éléidine.

A la suite de cette zone, c'est-à-dire au niveau de la face interne de la paroi kystique, on voit cette couche cornée se désagréger pour constituer le contenu de la tumeur. Celui-ci est formé exclusivement des débris de lames épidermiques plus ou moins altérées.

Rien ne rappelle la composition du sebum.

S'il est facile de saisir par places la transformation graduelle de la couche cornée, la transition de l'une à l'autre est en général si brusque qu'il paraît justifié de les distinguer.

Dans une des préparations, un foyer hémorrhagique d'épaisseur assez grande a réalisé mécaniquement leur séparation.

A l'aide d'un plus fort grossissement (obj. 7, vol. 3, Lutz) nous relevons les détails suivants dans chacune de ces zones.

En dehors de sa structure conjonctive, la première couche d'enveloppe ne présente aucune particularité.

Tout l'intérêt se porte sur la zone sous-jacente.

Celle-ci représente, en effet, la structure complète de l'épiderme.

Sur la membrane basale reposent deux ou trois rangs de cellules polyédriques par pression réciproque, se colorant fortement par le picrocarmin.

Ces cellules se modifient insensiblement et se transforment en cellules dentelées caractéristiques du corps muqueux de Malpighi.

Au-dessous s'étale une couche de cellules granuleuses losangiques à grains d'éléidine (*stratum granulosum*).

Peu à peu, les cellules perdent leur granulation et deviennent plus claires (*stratum lucidum*,

Finalement, il ne s'agit plus que de lames épidermiques dépourvues de noyaux, se tassant de plus en plus pour constituer la *couche keratinisée* (*stratum corneum*).

En résumé, nous retrouvons les quatre zones classiques de l'épiderme. Il est à remarquer que jamais nous n'avons pu constater de pupilles ni d'éléments glandulaires.

Des différents foyers hémorragiques dans l'épaisseur de la paroi, accusent une vascularisation assez riche.

FIGURES SE RAPPORTANT AUX OBSERVATIONS III, IV, V
(*Examen histologique*).

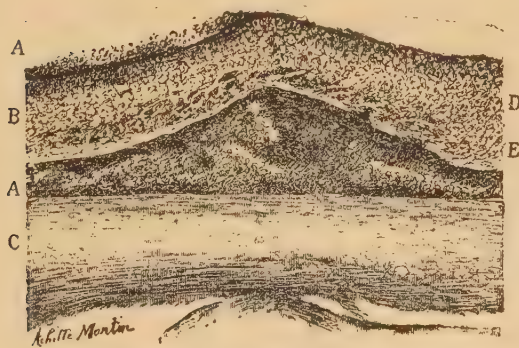


FIGURE I.

A A Sang. — B Couche de cellules épidermiques. — C Couche keratinisée. — D Stratum de Malpighi. — E Stratum granulosum.

FIGURE II.



A Stratum de Malpighi. — B Stratum granulosum. — C Stratum lucidum. — D Sang.

OBSERVATION VI

Dans la *Revue de Chirurgie*, 1894, Le Fort fait une étude sur les kystes dermoïdes traumatiques et cite (1) l'observation suivante :

Observation X.

Hyacinthe S., âgé de 23 ans, né dans l'Aude, brigadier

(1) Le Fort, *Revue de Chirurgie*, *loc. cit.*

d'artillerie, vient nous trouver le 27 avril 1894, pour une petite tumeur de la main. C'est un homme d'apparence robuste, malgré une attaque récente d'anémie palustre compliquée de bronchite.

Il nous raconte qu'à l'âge de quinze ans, il fut blessé à la main par la tête d'un gros clou fixé à une planche qu'il jetait loin de lui dans un mouvement de colère. La plaie saigna, peu malgré son étendue, et guérit facilement, en suppurant à peine.

La cicatrice que l'on retrouve encore aujourd'hui s'étend sur le bord interne de l'index droit sur une longueur de 12 millimètres et rejoint le pli cutané intérieur dont elle paraît presque le prolongement.

Trois ans plus tard, vers 18 ans, notre homme remarqua sous la cicatrice palmaire une petite grosseur qui, au moment du conseil de révision, avait le volume d'un pois et depuis s'accrut très lentement. Depuis deux ou trois mois, c'est-à-dire depuis le mois de janvier ou de février, sans cause apparente, l'augmentation de volume est plus rapide, et le 27 avril, les dimensions sont celles d'une petite noisette. La cicatrice palmaire longue d'un centimètre et demi environ, divise la tumeur en deux parties égales.

Celle-ci est dure, résistante, bien mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané ne suit pas les mouvements des fléchisseurs, mais paraît adhérente à la cicatrice; son centre est un peu en dessous de la ligne qui joint les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du medius et à égale distance de ces deux articulations; elle détermine plutôt de la gêne que des douleurs. Notre diagnostic est kyste épidermique de la main d'origine traumatique. L'ablation

de la tumeur, proposée immédiatement et acceptée. Le diagnostic est confirmé.

Le kyste est oblong, son grand axe étant antero-postérieur, il est beaucoup moins mobile qu'on aurait pu le supposer avant l'incision; des travées conjonctives le font adhérer assez fortement au tissu cellulaire voisin. Il est très dur, et sa paroi, bien qu'adhérente, se différencie nettement des couches conjonctives environnantes.

La cicatrice n'est pas particulièrement adhérente au kyste; elle ne lui est reliée que par des travées conjonctives un peu plus denses peut-être que les autres.

Le contenu ressemble à celui des kystes sébacés.

La paroi est composée de deux couches distinctes : une couche externe d'apparence fibreuse, et une couche interne blanche et nacrée d'une dureté presque cartilagineuse, et d'une épaisseur très inégale suivant les points examinés.

L'examen microscopique a été fait d'une façon complète : les coupes pratiquées en séries par les soins de notre collègue le Dr Muller, ont été colorées par divers procédés : hématoxyline, eosine, picro-carmin; quelques-unes ont subi l'influence des vapeurs d'acide osmique.

Le contenu, examiné le jour même, après action de l'acide osmique, se montre constitué principalement de cellules épidermiques; il y a, en outre, de la graisse en quantité assez notable, des cellules claires analogues aux cellules sébacées et, par-ci par-là, quelques rares cristaux de cholestérine.

La paroi présente des caractères très particuliers, que nous trouvons reproduits sur toutes nos préparations. La couche interne décrite plus haut est formée par une couche

cornée épaisse ; celle-ci repose sur une couche muqueuse de Malpighi en dessous de laquelle on voit une trame conjonctive sans interposition de derme.

La couche épidermique présente des inégalités très marquées, subies aussi bien par la couche de Malpighi que par la lame cornée. Très épaisse dans une partie de son étendue, elle est mince dans les trois quarts environ de la paroi et fait défaut par places. La couche cornée et la couche Malpighi permettent de reconnaître nettement tous les éléments qui constituent l'épiderme normal.

Pourtant elles présentent avec celui-ci quelques différences que nous allons signaler.

Cà et là, paraissent des lacunes, amenant une sorte de clivage des diverses couches. Ces lacunes siègent principalement dans la partie profonde de la couche interne. Examinées à un fort grossissement, on les voit entourées de cellules embryonnaires tant sudoripares que sébacées (acide osmique).

On trouve, en outre, des amas isolés de cellules glandulaires et embryonnaires près desquelles la couche épithéliale fixe plus activement les réactifs colorants. Plus rarement, on aperçoit des colonies isolées de cellules muqueuses de Malpighi complètement entourées d'épithélium corné.

Nulle part, on ne trouve trace de conduits excréteurs glandulaires. En dessous de l'épithélium, la couche de tissu conjonctif, assez épaisse, ne contient de vaisseaux qu'extérieurement ; ses vaisseaux, serrés, se dissocient volontiers ; cette dissociation est fort nette sur certaines préparations soumises à l'action d'une douce chaleur.

En un certain point de la préparation, on trouve deux esquisses de papilles très rudimentaires.

Le malade revu à la fin de juin complètement guéri.

Vu son importance, et étant donné l'exemple typique de kyste épidermique, nous avons cru devoir reproduire cette observation entièrement (1).

OBSERVATION VII

Kyste épidermique des doigts (Observation de M. Desfosses, interne des Hôpitaux. Hôpital Saint-Antoine, Service de M. Blum, parue dans les Archives générales de Médecine, Janvier 1895).

Th..., 36 ans, journalier. — Il y a quinze ou dix-huit mois, Th..., en travaillant la terre, se piqua avec une aiguille qui se trouvait dans le fumier. La piqure porta sur la partie moyenne de la 2^e phalange du médius droit, à la face palmaire.

Quelque temps après, Th... constata la présence en ce point d'une petite tumeur, douloureuse pendant le travail,

(1) Le Fort. Obs. citée Revue de Chirurgie. Paris, 10 décembre 1894, n° 12, p. 1013 et suiv.

quand le manche de son outil frottait sur la région atteinte.

A l'examen du doigt, on constate, à la partie antéro-externe de la 2^e phalange du médius, la présence d'une tumeur ovalaire, allongée dans le sens de la longueur du doigt, du volume d'une noisette.

Cette tumeur est dure, de consistance fibreuse. Adhérente à la peau, elle est mobile sur les parties profondes.

M. Blum, après avoir anesthésié la région à la cocaïne, pratique une incision elliptique de la peau et énuclée la tumeur avec un lambeau de peau sous-jacent.

La guérison s'effectue sans incident en l'espace de quelques jours.

La tumeur, enlevée, examinée à l'œil nu, se présente formée d'une membrane souple, blanc-jaunâtre, mince et d'un contenu blanchâtre, pâteux, ressemblant au contenu des tannes. On n'y trouve ni poils, ni fragments osseux.

OBSERVATION VIII

Observation de M. Desfosses, interne des hôpitaux. Archives générales de Médecine, 1895.

A. B..., 35 ans. — Au mois de juin 1893, P... fut mordu

par un chien à la face palmaire du médus de la main droite, 1^{re} phalange.

La morsure se cicatrisa rapidement. Bientôt P... vit apparaître à ce niveau une tumeur, d'abord très petite et qui grossit progressivement sans phénomènes douloureux. Ces temps derniers, la tumeur déterminant de la gêne dans les mouvements du doigt, ce qui amena P... à se faire opérer.

A la face palmaire du médus droit, au niveau de la partie inférieure de la phalange, un peu en dedans de la ligne médiane, on constate une tumeur dure, du volume d'une bille.

Cette tumeur est mobile sur les parties profondes, très adhérente à la peau qui ne présente à son niveau aucune altération.

Le 6 novembre 1894. — Ablation de la tumeur.

Le kyste présentait un petit prolongement s'avancant sur le côté interne, ce qui nécessita un léger débridement dans le même sens.

Examen microscopique dû à l'obligeance du Dr Macaigne. — Le kyste, gros comme un pois, présente un contenu blanc, friable, dans une coque ferme, adhérente par une partie de la surface de la peau qui a été excisée à ce niveau. Sur les coupes :

1° La peau présente la structure normale.

Toutefois la couche cornée est un peu épaisse.

2° Le tissu conjonctif qui prend part à la constitution du derme, forme bientôt, vers la profondeur des lames conjonctives, devenant plus denses, en disposition concentrique au kyste. C'est la dernière lame fibreuse qui constitue la coque du kyste.

3° Le kyste.

La surface interne de cette coque fibreuse est tapissée d'une couche de cellules cubiques, aplaties, à noyau arrondi bien coloré en rouge, protoplasma rosé (picro-carmin). Sur ce premier lit cellulaire s'étagent une série de 5 à 7 rangs de cellules ovoïdes fusiformes, par aplatissement progressif, cellules à protoplasma clair, bien limité et dont le noyau est à peine caché. Le dernier rang de cette couche de cellules aplaties est plus apparent par la présence de granulations voisines du noyau, granulations qui prennent la coloration rouge du picro-carmin.

Au-delà de cette rangée de cellules granuleuses, c'est-à-dire en allant de plus en plus vers la partie centrale du kyste, les bandes cellulaires ne se présentent plus que comme des lames colorées en jaune (picro-carmin), séparées les unes des autres par des fissures, et finalement par des lacunes qui les transforment en réticalum épais. Au centre, on n'a plus qu'un tissu amorphe, friable, coloré en jaune.

En résumé. — La structure de la paroi du kyste examiné de la surface vers la profondeur nous présente d'une manière parfaite la structure de l'épiderme. En effet, nous avons : 1° la couche dorsale cubique ; 2° une zone de cellules porimenteuses claires (stratum lucidum) ; 3° une rangée de cellules à granulations analogues aux granulations d'éléidine (stratum granulosum) ayant pour fonction la kératinisation des couches cellulaires ; 4° la couche cornée évoluant comme à l'état normal en lames successives, dont les plus anciennes, superficielles, subissent la désintégration habituelle.

L'aplatissement des cellules pavimenteuses résulte de la pression excentrique par l'accumulation des produits cornés.

La coque fibreuse et les lames conjonctives externes dérivent sans doute du derme épaissi, aplati, sclérosé.

Ces deux observations sont identiques.

OBSERVATION IX

(Personnelle).

Nous avons eu l'occasion d'observer avec le Dr Peraire à la consultation de l'hôpital Bichat un cas de kyste épidermique dont voici la relation :

Le nommé Lugué (Paul), âgé de 25 ans, imprimeur, habitant rue Lacroix, 36, aux Batignolles, se présente le 26 mars 1895 à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat, pour une tumeur dont il est porteur à la face palmaire du médius gauche. Cet homme nous apprend qu'il y a 7 ans sa main gauche fut écrasée par une pierre lithographique pesant 150 livres et tombant d'une hauteur de 0,30 centimètres. Il n'y eut aucune plaie des doigts, si ce n'est une petite fissure siégeant à la face palmaire du médius, exactement au

point correspondant à la partie médiane de la phalangine, cette fissure ne donna lieu à aucun écoulement sanguin; le malade ne s'en préoccupa pas outre mesure; et la guérison se fit promptement.

Depuis cette époque cette portion du médius qui avait été le siège du traumatisme est restée plus dure que les parties voisines.

Vers le mois de janvier 1895, Lugué (Paul) constata la présence d'une petite tumeur grosse comme un pois, siégeant au-dessous du point traumatisé du médius. Cette tumeur s'accrut peu à peu, d'abord indolente, puis gênante plutôt que douloureuse dans les travaux manuels qu'il était obligé d'exécuter.

A partir du mois de mars, son développement (elle était à ce moment comparable au volume d'une petite noix) est resté stationnaire, et la gêne qu'elle entraînait n'a fait que s'accroître.

Au moment où nous l'examinons (le 26 mars 1895) la tumeur a considérablement diminué. Elle est comme une petite noisette; elle occupe la face palmaire du médius correspondant à la phalangine. Cette diminution s'explique par un travail d'inflammation qui s'est produit dans la tumeur. En effet au dire du malade, cette tumeur s'est ulcérée à son centre depuis quatre à cinq jours, cette ulcération linéaire verticalement dirigée dans l'axe du doigt, d'une étendue d'un demi-centimètre, résulte d'une ouverture qui s'est produite spontanément le 22 mars.

Par cette ouverture il est sorti un mastic épais blanchâtre. De lui-même le malade a pressé sur la tumeur pour la vider complètement et s'est ensuite pansé avec des cataplasmes

de farine de lin, et avec des cataplasmes de mie de pain. Autour de l'ulcération, l'épiderme est enlevé et laisse voir le derme rougeâtre. Il n'existe pas d'engorgement des ganglions épitrochléens ou axillaires. M. le Dr Peraire, assistant de consultation à l'hôpital Bichat, croit devoir porter le diagnostic de kyste épidermique d'origine traumatique de la face palmaire du médius. Séance tenante, la main est baignée, puis savonnée, puis lavée avec de l'éther, ceci fait le malade est anesthésié au bromure d'éthyle par M. Malherbe, interne du service. M. Peraire pratique l'extirpation du kyste sans difficulté.

Après incision de la peau dont il écarte les lèvres avec des pinces de Kocher, il saisit la tumeur entre les mors d'une pince à dents de souris, et après avoir débarrassé la tumeur de quelques adhérences sous-jacentes, il l'enlève rapidement. La plaie est pansée avec de la gaze aseptique.

Le kyste est de forme arrondie. La paroi de coloration blanchâtre est formée par une série de menues lamelles accolées les unes contre les autres et se détachant assez facilement par la traction.

Le contenu est formé par un reste d'une substance épaisse, d'un blanc jaunâtre, analogue à de la matière sébacée.

Le malade est revu le 30 mars. La réunion de la plaie s'est faite par première intention. Le 2 avril, le malade est complètement guéri.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DU KYSTE

(Du à l'obligeance de M. Marie interne des hôpitaux).

Le kyste qui nous a été confié présente une portion interne qui forme les parois du kyste d'une épaisseur de 5 à 6 millimètres et formée de stratifications concentriques.

L'intérieur du kyste est rempli d'une matière blanchâtre, pulpeuse, se détachant avec la plus grande facilité. En plusieurs points de la cavité du kyste on voit quelques petits tractus qui partent de la couche la plus interne de la paroi et qui viennent sillonner la masse blanchâtre.

L'examen microscopique a été pratiqué sur des coupes colorées à l'aide du picro-carmin de Ranvier.

A. — *Examen de la paroi du Kyste.*

Les parois du kyste ne présentent pas sur toute la circonférence une structure identique. A un certain point de la circonférence, nous trouvons successivement en allant de dehors en dedans :

1° Une couche présentant tous les caractères du corps muqueux de Malpighi, c'est-à-dire à la partie la plus inférieure.

a) Une couche unique de cellules presque cylindriques au-dessus de cette couche de cellules cylindriques.

b) De nombreuses cellules polyédriques de plus en plus

aplaties, à mesure qu'elles deviennent plus profondes, qu'elles se rapprochent en un mot de la cavité du kyste.

c) Une couche de cellules chargée de granulations d'éléidine.

Cette couche de cellules contenant de l'éléidine n'est pas uniforme, on la trouve en certains points, on la trouve dans d'autres.

d) En dernier lieu des couches de stratifications concentriques de couches cornées, les unes prenant une coloration rouge intense par le carmin, les autres une coloration jaune par l'acide picrique.

2° Une portion qui ne contient pas de corps muqueux de Malpighi, c'est-à-dire qu'en certains points le corps muqueux de Malpighi n'existe pas, la paroi kystique est formée uniquement de strates épidermiques concentriques. La couche la plus périphérique est colorée en jaune, la couche la plus profonde est colorée en rouge.

Les différentes couches qui forment cette paroi ne sont pas toutes unies entre elles, en certains points elles présentent des clivages ; ces clivages se montrent sur la coupe comme des espaces vides, remplis en partie par des débris de cellules épidermiques, et en partie par des globules sanguins.

A un plus fort grossissement, on remarque : que la couche de Malpighi présente les caractères pathognomoniques de la peau normale. Les cellules y sont très nettement polyédriques et hérissées de nombreuses dentelures qui les unissent entre elles. Le noyau est arrondi, ovalaire et présente deux ou trois nucléoles colorés par du carmin.

La portion qui est chargée d'éléidine est formée de cel-

lules plus grandes et plus aplaties que celles du corps de Malpighi. Les granulations d'éléidine y sont très nombreuses colorées fortement en rouge et accumulées à l'entour du noyau.

La couche cornée est formée de stratifications extrêmement denses, striées de jaune et de rouge, son épaisseur est environ du double de celle du corps muqueux de Malpighi.

Nulle part on ne trouve ni de glandes sébacées, ni de glandes sudoripares, ni de poils, ni de productions que l'on rencontre quelquefois dans les glandes sébacées.

B. — *Contenu du Kyste.*

Quelques tractus partent de la couche profonde et se perdent dans la cavité du kyste, ils sont formés par des stratifications cornées les plus internes qui se sont détachées et viennent flotter dans le kyste. En quelques points les stratifications sont séparées les unes des autres par des amas de globules sanguins résultant d'hémorragies antérieures.

Le contenu du kyste est formé de petites écailles imbriquées les unes avec les autres et ne prenant pas du tout la matière colorante, réfractaires au picro-carmin. Ces écailles sont vraisemblablement des débris de cellules épidermiques.

OBSERVATION X

(Inédite. — Due à l'obligeance du Dr Péraire.)

M. D..., forgeron, âgé de 45 ans, vient à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bichat, service du professeur F. Terrier, le 8 décembre 1894.

Il porte au pouce de la main gauche une tumeur qui le gêne et l'inquiète.

Cette tumeur est exactement située à la région palmaire de ce doigt, immédiatement au niveau de sa racine.

Elle est dure, rénitente sur toute sa surface, d'apparence régulière, de forme nettement arrondie. Ses dimensions sont celles d'une noisette.

Elle paraît mobile sur le plan profond, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Son centre est au-dessous de la ligne qui correspond à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Ainsi que le dit M. D..., elle cause plutôt de la gêne que des douleurs ; et à sa surface, le tégument externe a été fréquemment le siège d'excoriations sans que pour cela il soit

possible de trouver une cicatrice quelconque pouvant révéler la présence d'un ancien traumatisme.

M. D... est un homme d'apparence robuste, bien musclé.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels. Il paraît d'une intelligence au-dessous de la moyenne et ses réponses sont souvent embarrassées. Il nous paraît être fortement alcoolique.

En présence de cette tumeur du pouce, le Dr Péraire porte le diagnostic de kyste épidermique sans doute d'origine traumatique et propose au malade une opération qui est immédiatement acceptée.

La main est d'abord baignée pendant une heure, puis nettoyée avec la brosse de chiendent au moyen du savon, de la liqueur de Van Swieten et de l'éther, puis l'anesthésie locale de la tumeur est pratiquée au moyen du chlorure d'éthyle.

Avec l'aide de M. Delestre, externe du service, M. Péraire fait une incision de trois centimètres. La peau est rétractée de chaque côté. On tombe sur une paroi blanchâtre qui est disséquée sur toute son étendue. Cette paroi s'arrondit en arrière ainsi qu'en haut et en bas. Elle constitue le kyste dans sa totalité, et par une dissection lente il devient facile d'énucléer complètement la tumeur sans l'ouvrir.

Celle-ci est exactement du volume d'une noisette.

Elle n'est fluctuante sur aucun point.

Le kyste enlevé est ouvert au bistouri. On voit sortir de son intérieur une sorte de substance d'un blanc jaunâtre,

analogue à du mastic et rappelant comme aspect le contenu d'une loupe du cuir chevelu.

La plaie est ensuite suturée avec quatre crins de Florence et drainée avec un seul crin disposé en anse. Pansement avec de la gaze et de l'ouate stérilisée.

Le malade est revu le 15 décembre. La réunion de la plaie est parfaite. Les fils sont enlevés et remplacés par une couche de collodion salolisé qui constitue tout le pansement.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait d'une façon complète par M. Henry Gaudier, ancien chef de clinique chirurgicale de Lille.

Je remarque (1) d'après la figure que m'a communiquée le Dr Péraire en allant de la périphérie au centre : D'abord du tissu cellulaire grasseux ; puis une couche conjonctive et dissociant les faisceaux conjonctifs des foyers hémorrhagiques antérieurs.

Enfin : 1° au-dessous, deux ou trois rangs de cellules polyédriques qui sont plus ou moins dentelées et représentent *le corps muqueux de Malpighi (a)*.

2° Au-dessous quelques cellules granuleuses à grains d'éléidine, et un plus grand nombre ayant perdu ces granulations, ce qui nous représente le *stratum granulosum (b)* et le *strat. lucidum (x)*.

3° Enfin, des lames épidermiques dépourvues de noyaux ou *stratum corneum (d)*.

(1) De Manny.

Donc les 4 zones classiques de l'épiderme.

Dans l'intérieur du kyste quelques tractus qui partent de la couche la plus interne.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique. — Étiologie et pathogénie des Kystes épidermiques.

Avant d'entreprendre l'étude histologique des kystes épidermiques, nous croyons bon de donner un résumé rapide de la constitution de l'épiderme. Nous devons, en effet, rencontrer dans les tumeurs épidermiques, la même constitution que le tissu dont elles doivent dériver.

L'épiderme forme la couche superficielle de la peau. Il dérive du feuillet externe du blastoderme, et se caractérise anatomiquement par ce double fait qu'il se compose de cellules épithéliales et qu'il ne présente jamais de vaisseaux canaliculés, soit sanguins, soit lymphatiques. Aux extrémités, l'épiderme présente un développement beaucoup plus considérable que sur le reste du corps. C'est ainsi que pour Testut en dehors de tout état pathologique, l'épiderme atteint à la paume des mains 0 mil. 60 à 1 mil. 50 *et même* 1 mil. 56, au niveau de la pulpe des doigts.

Au point de vue de la structure, l'épiderme se compose de

cinq couches régulièrement superposées qui sont en allant des parties profondes vers les parties superficielles :

1° La couche hasilaire ; 2° la couche de Malpighi ; 3° la couche granuleuse ; 4° la couche transparente ; 5° la couche cornée.

1° La couche hasilaire formée par des cellules cylindriques. La couche des cellules hasilaires devient le milieu générareur d'où dérivent toutes les autres cellules de l'épiderme ; de là le nom de *couche génératrice* qui lui a été donné par Ch. Remy.

2° La couche de Malpighi se compose de plusieurs assises de cellules polyédriques. Les cellules épithéliales du stratum malpighien sont circonscrites par des bords finement dentelés d'où s'échappent des prolongements protoplasmiques en forme de pointes qui hérissent littéralement toute leur surface. Cette disposition a fait donner à ces cellules, le nom de cellules dentelées, cellules à piquants, cellules à pointes. C'est dans ces mêmes cellules du stratum malpighien que s'amasse le pigment d'où dépend la coloration de la peau.

Les cellules malpighiennes sont d'autant plus riches en pigment qu'elles sont plus rapprochées de la couche basilaire.

3° La couche granuleuse (stratum granulosum) se compose de deux ou trois rangées de cellules aplaties. Ce qui caractérise ces cellules, c'est la présence dans leur intérieur de granulations spéciales qui se colorent vivement soit par le carmin, soit par l'hématonyline ; ces granulations ont reçu le nom d'*éléidine* (Renaut).

L'éléidine paraît être l'agent actif de la kératinisation d'où le nom de couche kératogène, donné par Ranvier.

4° La couche transparente (*stratum lucidum*). Les cellules épidermiques présentent ici un aspect tout spécial, fortement aplaties, elles affectent chacune la forme d'une lance mince disposée parallèlement à la surface du tégument externe. Le noyau est profondément atrophié, il n'y a plus de piquants; le cap cellulaire imprégné d'éléidine est dur, transparent comme du verre.

3° Couche cornée (*stratum corneum*) la plus superficielle de l'épiderme, se compose de cellules affectant la forme de lamelles fort minces et régulièrement étagées suivant leurs faces. L'éléidine n'existe plus, leur kératinisation est parfaite. Enfin les plus superficielles de ces lamelles, impropres désormais à des fonctions animales, se détachent de l'épiderme, et comme des éléments morts, touchent dans le milieu extérieur.

Les signes cliniques des tumeurs épidermiques de la paume de la main et des doigts sont si peu nets, que pour poser un diagnostic certain, l'examen histologique s'impose. C'est donc là une partie importante de l'étude de ces tumeurs. Etant donnée une tumeur kystique siégeant à la main, il s'agit de savoir si la paroi kystique est formée par un tissu analogue ou non à la peau.

Nous allons donc décrire l'aspect macroscopique et microscopique des kystes épidermiques.

Siège. — Et tout d'abord quel est leur siège? Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir et lire, le siège des kystes épidermiques était à la face palmaire. D'après les observations, ces kystes sont plus nombreux

aux doigts qu'à la paume de la main, et il y a une prédominance pour les doigts de la main droite. Le seul cas de kyste épidermique siégeant à la face dorsale est de Reverdin.

Les kystes épidermiques siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et sont sus-aponévrotiques à la paume de la main, adhérents à la face profonde du derme, ils n'ont généralement aucune adhérence avec les parties profondes dont ils peuvent être facilement séparés.

Nombre. — Le kyste épidermique est le plus souvent unique chez le même sujet.

Volume. — Le kyste épidermique n'atteint jamais un grand volume, il varie de la grosseur d'une noisette à celle d'une amande.

Forme. — Quant à sa forme elle varie suivant son siège, tantôt sphérique, tantôt oblongue.

Consistance. — La consistance diffère suivant la quantité du contenu, suivant l'état de réplétion du kyste, suivant l'épaisseur de la paroi. Le plus souvent cependant, la tumeur est molle et sa consistance analogue à celle d'un kyste sébacé.

Le contenu est une matière blanc-jaunâtre, grumeleuse, plus ou moins liquide. Il est constitué par les cellules de la couche cornée qui se détache de la paroi et tombent dans la cavité du kyste. Ce contenu a toujours l'aspect de la matière sébacée, Reverdin en fait même un signe pathognomonique. On n'a jamais rencontré dans le contenu ou implantés sur la paroi, de poils, d'ongles ni de dents.

Nous n'insisterons pas sur la structure histologique de la paroi et du contenu des kystes épidermiques, nous ne ferons que la description des cas types, entre lesquels on

pourra rencontrer tous les intermédiaires. Les différentes observations que nous citons pourront montrer la variété de cette structure.

« Le kyste épidermique est composé des diverses couches de l'épiderme normal. La couche cornée est souvent fort épaisse; l'épiderme repose directement sur une couche de tissu conjonctif ou fibreux, en général fort mince et à peu près dépourvue de vaisseaux. Cette enveloppe, qui, peut parfois manquer, est généralement assez mince et distincte du tissu cellulaire voisin. Les cellules dentelées de la couche de Malpighi font fréquemment défaut (cependant dans les observations que nous citons et dues à M. Peraire (In historique, observat. cit.), dans Le Fort (Revue de Chirurg., histor. (1), observat. cit.), on constate leur présence).

Le revêtement épidermique peut n'être pas continu, et n'entrer que partiellement dans la formation de la face interne de la paroi. Ce fait est signalé dans plusieurs observations (Villar et Ferré, 1887. In historique, Labougle, 1889. Observ. citée).

Dans l'observation si curieuse de MM. Kummer et Christiani, nous voyons que la paroi d'un kyste développé autour d'une aiguille enfoncée dans un doigt ne présentait pas de cellules cornées, mais les cellules superficielles aussi bien que les profondes présentaient la même apparence. MM. Kummer et Christiani (2), en concluent qu'il s'agit d'un kyste épithélial dont l'origine serait due « soit à une partie de

(1) Le Fort, *loc. cit.*

(2) Kummer et Christiani, *loc. cit.*

l'épiderme entraîné dans la profondeur, soit à une glande sudoripare que le caps étranger aurait maltraitée et isolée en pénétrant à travers elle dans la peau ».

En examinant les diverses observations on est frappé de la grande et constante simplicité anatomique de ces kystes. Nous ne connaissons que trois observations, celles de Villar et de M. Heydenreich, de M. Carré où il a été relevé la présence de papilles ou de glandes.

Il nous semble tout naturel de penser qu'il en est ainsi vu la simplicité de structure de la peau de la face palmaire de la main et des doigts, dépourvue de glandes sebacées et de follicules pileux; enfin les glandes sudoripares sont situées bien au-dessous du derme.

Le contenu du kyste est essentiellement formé par des cellules épidermiques cornées, ces cellules sont ordinairement dépourvus de noyau, et se présentent sous un aspect lamelleux. Examinées au microscope elles sont transparentes. Ces cellules, du moins quelques-unes subissent la dégénérescence granulo-graisseuse.

Tantôt ces cellules constituent à elles seules le contenu, tantôt au milieu d'elles se présentent des gouttelettes de graisse et des cristaux de cholestérine, et quelquefois même des fibres conjonctives de l'enveloppe.

En résumé, ce qui frappe dans l'anatomie pathologique des kystes épidermiques de la main c'est cette grande et constante simplicité anatomique. Jamais, dans ces kystes, de poils, de dents ni de fragments osseux. Bien plus en lisant les différentes observations la présence de papilles est un fait très rare. Villar. (Bull. soc. Anat. 1887, p. 591) et Heydenreich (dans thèse de Labitte. Nancy, 1885. Garré

Ucher traumatische Epithelcysten der Finger (Beiträge zur Klinischen Chirurgie 1894), Dermatol Zeitschrift. Bd. I. S. 45, 1894. Aussi adoptons nous les conclusions de M. Le Fort (1) sur cette simplicité de la structure de la paroi des kystes épidermiques (Voir historique). Conclusions basées sur des expériences très savamment conduites.

En voici quelques-unes. :

1° L'expérimentation montre que les fragments cutanés refoulés sont en général de petite dimension et formés uniquement d'épiderme, mais d'épiderme complet.

2° Aussi les kystes dermoïdes traumatiques sont-ils le plus souvent purement épidermiques.

3° Les fragments cutanés se détachent plus facilement à la main que partout ailleurs, d'où plus grande fréquence des kystes dans cette région, plus sujette en outre aux traumatismes que toute autre.

4° Le fragment cutané refoulé peut n'être pas complètement arraché; il peut avoir gardé ses rapports profonds, et avoir conservé ses vaisseaux et ses nerfs, et même ses glandes (et ses poils?) s'il était assez étendu pour en renfermer primitivement. De cette façon s'expliquent les cas de kystes traumatiques dont la paroi contenait des papilles, etc., etc.

Le Fort, Revue de Chirurgie, *loc. cit.*, p. 1035-36, décembre 1894.

(1) Le Fort, *loc. cit.*

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Tout le monde semble s'accorder aujourd'hui sur la pathogénie si vivement discutée il y a encore quelques années des kystes épidermiques.

Et nous ne citerons que pour mémoire les différentes théories qui ont pu être émises. C'est tout d'abord Demay et Chavasse qui soutiennent l'origine sudoripare; Küster penche pour la théorie sélacée! Poulet fait de ces tumeurs des kystes dermoïdes acquis; Lalitte et Guérmonprez concluent en faveur de la congénialité des kystes. Reverdin, Gross, et la plupart des anatomo-pathologistes actuels, après les expériences si curieuses et si concluantes de Masse, relient l'existence des kystes épidermiques au traumatisme, un lambeau cutané se trouvant entraîné sous le derme et donnant en végétant naissance à un kyste.

La cause de tout kyste épidermique est un traumatisme. Traumatisme de peu d'importance parfois, qui aura pu passer inaperçu à l'individu porteur de la tumeur, mais qui a dû exister. La plupart des observations en ont foi. Et comme le fait remarquer le Dr Peraire (1), dont nous

(1) Peraire, *loc. cit.*

rapportons ici les propres termes : « Ce traumatisme n'est pas purement accidentel, c'est plutôt une série de violences répétées résultant de la profession de chacun des malades et produisant son effet à une échéance plus ou moins longue ». V. observation. Dans les observations que nous citons, l'un des malades était cordonnier, l'autre terrassier, le troisième typographe.

Et en somme les nouvelles observations ne font que confirmer ce que disait déjà Reverdin en 1887, au point de vue de l'étiologie des kystes épidermiques : à savoir, « que les kystes des doigts se rencontrent de préférence dans les parties les plus exposées aux blessures, face palmaire-index » ; et nous pourrions en étant plus affirmatif dire que toujours il y a coïncidence de siège entre le lieu de développement du kyste et celui d'un traumatisme antécédent ; puisque adoptant absolument la manière de voir du Dr Peraire, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'une plaie, mais qu'une série de violences, de pressions au même endroit sont absolument suffisantes pour amener au bout d'un certain temps un kyste d'origine épidermique.

En considérant l'âge des différents malades porteurs de kystes nous voyons que s'il y a quelques observations où on les observe dans l'adolescence, c'est en somme dans l'âge adulte et la vieillesse qu'on en compte le plus.

Et pour ce qui est de la pathogénie comment agit le traumatisme dans la production de ces tumeurs ? Nous ne croyons mieux faire que de reproduire ici l'opinion émise par le Dr Peraire dans la Revue de Chirurgie.

Adoptant l'opinion de Poulet, Jennesco, de Verchère, de

Villar, le Dr Peraire (1) ajoute : « La possibilité d'apparition de ces kystes au niveau des régions non pourvues de glandes sébacées, et l'existence antérieure d'un traumatisme dans tous les cas étudiés complètement, montre qu'il y a toute apparence pour que l'on trouve l'origine de ces kystes non pas dans une glande préexistante, puisque celle-ci n'existe pas à l'état normal anatomiquement, mais bien dans une véritable inclusion des cellules épidermiques, qui, par une suite continue de proliférations et de dégénérescences se transforment en une masse d'apparence sébacée ». Les théories de Demay et Chavasse admettant l'origine sudoripare, de Küster penchant vers la théorie sébacée, n'ont donc pas de raison d'être; puisque au point de vue anatomique on ne rencontre pas à la paume de la main ni à la pulpe des doigts de glandes sébacées et que les glandes sudoripares sont très profondément situées au-dessous du derme. D'ailleurs les expériences si concluantes du professeur Masse (2) (de Bordeaux) sont venues apporter une preuve expérimentale. En effet dans ses recherches sur les *kystes* et les *tumeurs perlées de l'iris* cet auteur a pu produire expérimentalement des tumeurs kystiques chez les animaux en déterminant un traumatisme sur leur cornée.

Il invoquait dans ces cas la théorie de la greffe. Selon lui les éléments épithéliaux détachés de la face postérieure de la cornée ou de la face antérieure de l'iris, pouvaient se greffer sur le diaphragme irien, après leur déplacement une

(1) Peraire, Revue de chirurgie 1892, *loc. cit.*

(2) Masse, Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris, Paris, 1886, p. 148 et 148.

véritable polipération cellulaire, amenant des tumeurs analogues à celles qui se forment après les plaies pénétrantes de la cornée.

Poussant plus loin sa théorie, Masse après inclusions péritonéales de fragments de tissus cutanés appartenant à des animaux très jeunes, pouvait reproduire sur des animaux adultes de véritables tumeurs dermoïdes; tumeurs dermoïdes non plus évidemment d'origine congénitale, mais bien dues à une inclusion cutanée. Il en concluait que le mode d'étiologie qui lui paraissait démontré pour certaines tumeurs de l'iris, s'appliquait certainement à d'autres régions de l'économie. Cette hypothèse devenait pour lui une certitude, quand, après de remaquables études expérimentales, il en arrivait, après avoir greffé dans la peau de rats blancs des lambeaux de peau de jeunes rats nouveaux, à obtenir de véritables tumeurs perlées sous-cutanées.

Les recherches de Masse devaient bientôt être confirmées par celles de Kauffmann (1), de Breslau, en 1884.

En pratiquant l'*enkatarraphie*, c'est-à-dire l'inclusion d'une parcelle de crête-de-coq dans les parties profondes, l'auteur allemand arrivait à produire un kyste dont il pouvait suivre l'évolution. Et au bout de 110 jours, le kyste n'était pas plus gros qu'au bout de 3 à 4 semaines. Ce qui se produit d'ailleurs dans les kystes épidermiques.

La même année, le professeur Lannelongue (2) entreprit

(1) Kauffmann. Ueber von Enkatarraphie von Epithel. (Arch. für Path. Anat., etc.), 1884. Bd XLVIII, p. 236.

(2) Lannelongue et Achard. Traité des kystes congénitaux. Paris, 1885.

des expériences sur l'inclusion épidermique sous-cutanée et obtint des kystes épidermiques.

N'a-t-on pas d'ailleurs noté des faits semblables chez les animaux ; de véritables kystes épidermiques acquis. Les observations en sont dues à MM. Cruzel et Bland Sutton. Pour M. Cruzel (1), il ne serait pas rare de rencontrer des kystes des joues consécutifs à des coups de corne, chez les bœufs ; ou chez les chiens à la suite de morsures. Cruzel. Ex. prat. des maladies de l'espèce bovine, 1883. M. Bland Sutton (2) signale le même fait ; il a rencontré dans le tissu cellulaire d'un bœuf, un kyste gros comme une bille de billard limité intérieurement par la peau et rempli de poils libres.

Pour M. Sutton (3), ce kyste serait dû à une implantation de la peau dans la profondeur produite par le bâton percé dont se servent les conducteurs de troupeaux pour pousser le bétail.

Mais pourquoi observe-t-on *le plus fréquemment* ces kystes épidermiques acquis au niveau de la main et de la pulpe des doigts.

Il n'y a que trois ou quatre observations en effet où, en dehors de l'iris et de la main, on ait vu survenir sur une autre partie du corps un kyste épidermique après un traumatisme.

(1) Cruzel. Ex. prat. des mal. de l'espèce bovine. Paris, 1883.

(2) Implantation Kyst of an ox. Path. Soc. of London, 1^{er} déc. 1891, in Brit. Med. 1891, t. II, p. 1256, et Johnson. Pat. Soc. of London, 1^{er} nov. 1892, in The Lancet, t. II, 1892. p. 1048.

(3) Sutton, *loc. cit.*

De ces trois observations, l'une est due à M. Gironde (2) et a trait à un kyste dermoïde de la région mastoïdienne qui semble être survenue à ce niveau à la suite d'un coup de pierre. L'examen histologique en démontre la nature épidermique.

La seconde observation est due à M. Rollet (3), de Lyon. — Homme de 35 ans. Kyste dermoïde du milieu du sourcil survenu après un traumatisme remontant à quatorze ans. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde exclusivement épidermique.

La troisième observation est due à M. Le Fort (4). Ce serait un kyste épidermique également survenu à la suite d'un traumatisme à la jambe droite. — L'examen histologique montre « un revêtement épidermique complet et la couche dermique, des saillies papillaires et un follicule pileux.

Evidemment, les traumatismes accidentels et répétés dont les mains et surtout la main droite sont le siège, doivent entrer en grande ligne de compte dans la fréquence des kystes épidermiques à ce niveau.

Mais est-ce le seul facteur ?

Il y a, à notre avis, une autre cause, cause que nous n'avons vu citer nulle part. Nous voulons parler du développement beaucoup plus considérable que présente l'épiderme aux extrémités des membres supérieurs.

(2) Gironde. Lyon Médical, 1879.

(3) Rollet. De l'apparition tardive des kystes dermoïdes (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, nos 39 et 40, 1889).

(4) Le Fort, *loc. cit.*

Nous lisons en effet dans Testut (1) que l'épiderme atteint à la paume des mains en dehors de tout état pathologique 0 mill. 60 à 1 mill. 50, et même 1 mill. 56 au niveau de la pulpe des doigts, alors que dans la plupart des autres parties du corps cet épaissement est de 0 mill. 05 à 0 mill. 10 au niveau des papilles ; de 0 mill. 06 à 0 mill. 15 au niveau des espaces interpapillaires. Sur certains points, on la voit s'élever à 0 mill. 28 et 0 mill. 30, mais n'atteint jamais un millimètre d'épaisseur comme à la main.

Et l'on comprend facilement qu'un épiderme présentant un aussi grand développement, puisse plus parfaitement être inclus dans les parties profondes, puisse posséder une plus grande vitalité, et en un mot continuer à se développer sans être atteint de nécrobiose.

Ainsi donc, à notre avis, la fréquence des kystes épidermiques au niveau de la paume de la main et de la pulpe des doigts est due non seulement au traumatisme, mais encore à l'épaississement, au grand développement de l'épiderme à la main.

Cette opinion se trouve appuyée sur des données anatomiques incontestables.

M. Marie, interne de M. Debove, après avoir fait l'examen microscopique de la tumeur que nous lui présentions, émit devant nous l'hypothèse d'une pathogénie nouvelle du kyste épidermique ; hypothèse que nous croyons bon de noter (sans l'adopter cependant), car elle est très discutable.

(1) Testut. Traité d'Anatomie humaine, tome III, 1^{er} fasc, page 20. 1892.

Il se pourrait, suivant M. Marie, qu'il se produisit au niveau de l'épiderme ce qui se passe dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire, à la suite de frottements répétés, un clivage des cellules épidermiques qui formeraient ainsi une cavité comme on en observe dans le tissu cellulaire lorsqu'il se produit une bourse séreuse professionnelle. Et en un mot le kyste épidermique serait à l'épiderme, ce qu'est la bourse séreuse accidentelle au tissu cellulaire.

Avec quelles tumeurs, et dans quelle classe de tumeurs convient-il de ranger les kystes épidermiques de la main?

Micault (1) avait fait du kyste épidermique un globe épidermique volumineux, possédant du fait de son volume une cavité kystique.

Aussi, pour cet auteur, aucune différence (sinon de volume) entre le kyste épidermique et l'*épithélioma perlé*.

Et cependant on ne saurait assimiler l'épithélioma perlé avec ses lamelles épidermiques, cannelées, tassées en bulles d'oignon, avec le kyste épidermique possédant une couche de Malpighi, et des cellules à éléidine, une gangue conjonctive entrant le plus souvent dans la constitution même de la paroi.

Enfin, signe pathognomonique dans les kystes épidermiques, nous avons une *poche* contenant une matière d'apparence sébacée, dans l'épithélioma perlé rien de semblable. Dans l'étude clinique, nous verrons les symptômes différentiels avec les autres tumeurs.

(1) Micault. Tumeurs perlées des doigts. Th. de Nancy, 1883.

CHAPITRE III

Étude Clinique. — Diagnostic. — Pronostic. Traitement des Kystes épidermiques.

La symptomatologie des kystes épidermiques traumatiques a été bien indiquée par Guermonprez (1). (*Loc. cit.*, page 21.)

A l'inspection, la tumeur n'est jamais transparente; la peau a généralement son aspect normal, si la tumeur n'a encore provoqué aucune réaction inflammatoire. Cependant dans une observation de M. Rizet (2) on a observé un aspect nacré, (dû à ce que le malade enlevait continuellement l'épiderme,) ou bien le kyste peut prendre l'apparence d'un abcès (P. Gibier) (3).

Dans un cas observé par Heydenreich (4) l'on éprouvait en pressant sur les deux parties de la tumeur une sensation de crépitation analogue à celle que fournissent les kystes synoviaux à grains riziformes.

(1) Guermonprez, *loc cit.*

(2) Rizet, *loc. cit.*

(3) Gibier, *loc. cit.*

(4) Heydenreich, *loc. cit.*

Les signes fournis par la palpation sont faciles à percevoir à cause de la situation toute superficielle de ces tumeurs. Cependant comme le fait observer le Dr Peraire (1) l'épaisseur de la peau rend difficile souvent l'exploration de la région ; on ne sent pas ordinairement une fluctuation bien nette, mais plutôt de la rénitence « une fluctuation parfois élastique » (Peraire.)

La surface des kystes est lisse, régulière, arrondie, sans bosselures, ni dépressions. La configuration en est sphérique ou ovoïde.

Ces kystes sont plutôt adhérents à la peau, mais mobiles sur les parties profondes, sur lesquelles ils se déplacent facilement dans le sens transversal. La tumeur ne suit pas les déplacements des tendons, quelle que soit la position que l'on donne au doigt la mobilité change fort peu.

Comme dans toute tumeur bénigne, il n'y a pas de symptômes généraux ; les ganglions lymphatiques ne sont pas engagés, il n'y a qu'un peu de douleur et de la gêne dans les mouvements des doigts. La douleur en un mot quand elle existe est locale. Cependant dans le cas de Villar (2) la douleur paraissait s'irradier le long d'un trajet nerveux ; le kyste occupait la racine du petit doigt, et le malade ressentait parfois des élancements douloureux le long du bord cubital de l'avant-bras (obs. I). Mais souvent la tumeur n'est pas douloureuse, elle constitue plutôt une gêne pour le malade qui devient maladroit et n'est plus

(1) Peraire, *loc. cit.*

(2) Villar, *loc. cit.*

aussi apte à son travail qu'auparavant. Suivant l'expression de Lalitte (2); « le doigt malade est écarté des autres et il ne peut plus maintenir solidement l'objet qu'il saisit. »

La profession du malade, la date d'apparition du kyste et la marche qu'il aura suivie serviront au chirurgien pour établir le diagnostic. Enfin une ponction exploratrice faite avec précaution sera d'un précieux secours. Cette ponction permettra en effet de constater l'existence d'une cavité et la composition du contenu, contenu qui ressemble à cette bouillie, à ce mastic que l'on rencontre dans les loupes. Le magma pourra même quelquefois être assez épais pour que la ponction exploratrice donne un résultat négatif.

Aussi malgré tout et quoi qu'en dise Reverdin (1) le diagnostic est des plus délicats et assez difficile.

Car, comme le fait remarquer Demay (2), chaque espèce de tumeur de la main n'a point un caractère clinique pathognomonique. On a des signes probables mais non certains. Nous dirons comme le Dr Peraire : « C'est sur la multiplicité des symptômes, c'est sur l'étude comparative de ces symptômes que doit être basé le diagnostic différentiel des kystes traumatiques épidermiques de la main ou des doigts. Il y a donc un certain nombre de tumeurs qu'on rencontre aux doigts et que l'on pourrait confondre avec les kystes épidermiques. Parmi les tumeurs à contenu plus ou moins liquide, ce sont d'abord les *kystes sébacés*. Or il n'existe

(1) Lalitte, *loc. cit.*

(2) Reverdin, *loc. cit.*

(3) Demay, *loc. cit.*

(4) Peraire, *loc. cit.*

pas de glandes sébacées à la face palmaire; on ne les rencontre qu'à la face dorsale ou sur les côtés de la face palmaire des doigts (Polaillon, *loc. cit.*, p. 170) (1). Quant aux glandes sébacées aberrantes, admises par Küster hypothétiquement à la face palmaire, leur existence reste à démontrer. Nous pouvons donc éliminer les kystes sébacés puisque anatomiquement on ne doit pas les rencontrer dans cette région.

Nous rencontrons en second lieu les *kystes synoviaux*. Lessynoviales des doigts en effet sont pourvues de follicules qui deviennent assez souvent l'origine de kyste par oblitération de leur orifice et par accumulation de synovie dans leur intérieur.

Comme les kystes épidermiques, ils forment des tumeurs arrondies, résistantes, sans fluctuation et d'une dureté comparable à celle du tissu fibreux. Mais elles sont adhérentes aux synoviales, se déplacent par les mouvements des tendons, sont donc situées sous la peau et adhérentes aux couches profondes. La ponction exploratrice fournit un liquide visqueux et gélatineux; sans débris épidermiques. Le microscope montre que la surface interne du kyste est tapissée d'un épithélium simple, pavimenteux, avec coque fibreuse.

Les *tumeurs perlées des doigts* pourraient donner lieu à confusion et se confondre avec les kystes épidermiques, d'autant que suivant Reverdin, ce sont deux variétés d'un même processus qu'il n'y a pas lieu de séparer, au moins au point de vue clinique. Mais nous savons que ces tumeurs

(1) Polaillon, *loc. cit.*

perlées sont très rares, consécutives à une piqure. Elles sont solides, ordinairement très dures avec un ramollissement central et une paroi épaisse.

Enfin, à l'examen histologique, la tumeur perlée est formée de lamelles épidermiques imbriquées comme les écailles d'un bulbe d'oignon; les cellules fortement tassées, les plus centrales seulement sont ramolies et ont perdu leur noyau.

Nous avons encore à faire le diagnostic avec les lipomes, les fibromes, les sarcomes, les ostéomes, les enchondromes, les névromes et les carcinomes.

Le Dr Peraire (1) dans une étude sur les kystes épidermiques parue dans la Revue de chirurgie ouvrage déjà cité, a étudié ces différents diagnostics. Nous nous aiderons de son travail pour établir nous-mêmes ce diagnostic.

Et tout d'abord les *lipomes*. Le lipome est une tumeur molle, fluctuante plus ou moins lobulée, n'ayant pas cette élasticité si connue dans les kystes.

Notons que les lipomes sont une véritable rareté à la main; et que le très petit nombre d'observations réunies se rencontre dans l'article Main du dictionnaire encyclopédique. (Polaillon). La mobilité sur les parties profondes est un caractère commun aux kystes et aux lipomes.

Les kystes et les lipomes ont un développement très lent, il en est de même du *fibrome*, mais ce dernier a une consistance plus dure que les kystes et les lipomes, a un point d'implantation assez facilement limitable. Dans le *fibrome*, comme dans le kyste épidermique, généralement pas de

(1) Peraire, *loc. cit.*

douleurs, pas d'ulcérations, pas de retentissement sur la santé générale. Le diagnostic offre des difficultés puisque deux fois, alors que déjà Reverdin avait appelé l'attention sur les kystes épidermiques, décrit leurs symptômes, Gillette, Kermisson (1) crurent avoir à faire à un fibrome lorsqu'il s'agissait d'un kyste. Après l'opération seulement le diagnostic put être établi.

Le *sarcome* est la tumeur la plus fréquente de la main, et se présente sous les deux formes de S. encéphaloïde de consistance mollassse, ou de S. fasciculé habituellement plus dur.

Les sarcomes n'ont point la mobilité des kystes sur les parties profondes. Ils sont au contraire adhérents aux aponeévroses, aux gaines tendineuses, aux os. Leur développement est plus rapide que celui des kystes. Ils sont douloureux, nous ajouterons comme le Dr Peraire : « Mais ces signes isolés n'ont qu'une valeur relative; on ne pourra formuler son opinion avec quelque certitude que s'ils se trouvent tous réunis.

On trouve dans les dernières cliniques chirurgicales de Tillaux publiées et rédigées par Thiery 1895 (2), un exemple de tumeur du doigt, où le diagnostic de lipome fut porté; et ce ne fut que par l'examen microscopique que l'on sut que l'on avait eu affaire à un *fibro-sarcome à myéloplaxes*, cas très rare. Heurtaux avait donné à ce genre de tumeur

(1) Follin et S. Duplay. Traité élément. de path. ext., Paris, 1883, t. VII, p. 852.

(2) Cliniques chirurgicales de Tillaux, publiées et rédigées par Thiery 1895.

le nom de myélome des gaines tendineuses. Gross (1) de Nancy, Paquet de Lille Ferré (2) de Bordeaux, Labougle (3), (in thèse) avaient déjà attiré l'attention sur cette variété de sarcome des doigts, en avaient indiqué la rareté; et Labougle disait : « que la configuration macroscopique de cette espèce de tumeur peut induire en erreur et faire songer à première vue à un kyste; l'examen microscopique est quelquefois nécessaire pour trancher la difficulté en montrant que le contenu, purement cellulaire est formé par des cellules embryonnaires et des cellules géantes ».

En dehors donc du sarcome encephaloïde, du sarcome fasciculé, voilà une autre variété de sarcome, le *fibro-sarcome* à myéloplaxes, où le diagnostic deviendra très difficile, sinon impossible, l'examen microscopique seul pourra rendre affirmatif sur la nature de la tumeur.

L'*enchondrome* avec sa forme bosselée semi-cartilagineuse a bien un aspect particulier auquel on ne se trompe guère, souvent par suite de ramollissement du tissu cartilagineux, il est facile de percevoir de la fluctuation, chose qui ne s'observe jamais dans les kystes épidermiques.

L'*ostéome* de la main est une rareté.

Les *névromes* vrais de la main sont-ils beaucoup plus communs? Et le cas de Robin, décrit comme un nevrome vrai, n'était uniquement dû qu'à une hypertrophie des papilles nerveuses de la pulpe (4). Les douleurs vives ressen-

(1) Gross, *loc. cit.*

(2) Labougle, *loc. cit.*

(3) Ferré, *loc. cit.*

(4) Demay, *loc. cit.*

ties par le malade, l'atrophie musculaire observée dans le cas de nevrome établirait rapidement le diagnostic.

Le *carcinome* est très rare à la main. L'âge avancé où il se développe, l'ulcération qui ne tarde pas à se produire au niveau du néoplasme, l'envahissement des tissus voisins, l'engorgement des ganglions lymphatiques auront vite fait de mettre sur le diagnostic. Ajoutons que l'état général sera le plus souvent mauvais et que sur d'autres parties de l'organisme, il pourra se rencontrer d'autres tumeurs carcinomateuses à un degré d'évolution plus avancé. L'examen histologique levra tous les doutes.

Les anévrismes, les tumeurs érectiles sont très rares aux doigts. Leur fluctuation bien nette, leur réductibilité, leur turgescence lorsqu'on fait obstacle à la circulation de retour serviront à les faire reconnaître.

Pronostic. — Les kystes épidermiques sont une affection purement locale. Leurs complications seules peuvent les rendre dangereux. Les deux complications qu'on peut redouter suivant Lalitte(1) sont la rupture et l'inflammation. La rupture peut être catenème ou sous-cutanée. Ces kystes n'ayant aucune tendance à régresser, ayant, au contraire, un accroissement constant, il peut arriver un moment où la peau s'ulcère et le kyste communique à l'extérieur, et il se produit des fistules intarissables, qui peuvent être une porte ouverte à l'infection.

De plus, comme dans l'observation de Heydenreich (in the Lalitte), les traumatismes auxquels sont soumis les

(1) Lalitte, *loc. cit.*

kystes épidermiques peuvent les faire éclater sous la peau. Il se produit alors des tumeurs secondaires qui augmentent la difformité et la gêne des mouvements.

Le kyste ayant toujours de la tendance à s'ouvrir à l'extérieur, il n'est pas étonnant que dans toutes les observations que nous avons pu lire et recueillir, jamais l'ouverture des kystes dans les synoviales tendineuses ou articulaires n'a été notée.

Étant donné le siège de la tumeur, son inflammation est plus fréquente. Nous avons déjà noté que dans une observation de Gibier, le kyste avait déterminé la formation d'un abcès sous-cutané. Il se peut que des panaris, voire même des osteites des synovites aient eu leur point de départ dans un kyste épidermique, aucune observation ne le mentionne cependant.

La compression, l'irritation de filets nerveux peut donner lieu à des douleurs. Polaillon, Villar dans leurs observations notent le fait.

Enfin, si la tumeur n'a pas été complètement enlevée, si on a laissé au milieu des parties en apparence saines des parcelles de tissu pathologique, la récurrence peut se reproduire. L'observation de Demay (1), serait concluante à ce sujet, si un examen histologique sérieux ne laissait aucun doute sur la nature de la tumeur.

Récurrence comme le fait observer Lalitte dans sa thèse (loc. citée), qui n'entraîne aucune idée de malignité de la

(1) Demay. Étude clinique et histologique de certaines tumeurs de la main. Th. de Paris, 1880, p. 73.

tumeur, mais récidive par continuation, opposée à la repullulation des tumeurs malignes.

Traitement. — « Dès que les kystes des doigts ont acquis un volume suffisant pour gêner les mouvements il est indiqué d'en débarrasser le malade » Reverdin (1). Il faut donc intervenir, et intervenir d'une façon radicale, sans cela la tumeur peut se reproduire par repullulation comme dans le cas de Demoy ou de Guermonprez. Ce dernier auteur obligé de se conformer au désir formel du malade ne fait qu'une ponction du kyste. La plaie se forme, mais huit jours après, à la suite d'un traumatisme portant sur la plaie, la cicatrice est ouverte et donne issue à une petite quantité de pus au milieu duquel se trouve un kyste sphérique du volume d'une petite cerise. L'année suivante le même forgeron se présente de nouveau ; la tumeur s'est reproduite et cette fois elle est extirpée (1).

Nous devons donc éliminer toute ouverture simple de la poche avec ou sans drain, ou l'écrasement.

Les caustiques chimiques ou physiques sont tombés dans le domaine de l'histoire ; ils ne trouvaient leur raison d'être qu'avant la période antiseptique alors qu'on craignait avec juste raison les infections opératoires et qu'on ne savait pas les éviter.

Dans le cas particulier, on devrait les appliquer largement, ce qui ne paraît pas sans danger, étant donné le peu de distance à laquelle se trouvent les gaines tendineuses,

(1) Reverdin, *loc. cit.*

(2) Guermonprez, *loc. cit.*

Or, on ne sait jamais jusqu'où s'étendra l'action d'un caustique.

Les applications locales de teinture d'iode ou autres révulsifs n'ont évidemment aucun effet. Il ne reste donc qu'un procédé applicable, adopté par tous les chirurgiens.

C'est l'extirpation de la tumeur.

Cette extirpation sera des plus faciles, la paroi kystique n'étant pas en général adhérente aux parties profondes.

Dans les différents temps de l'opération, on agira comme le Dr Péraire l'indique dans ses observations, et comme nous l'avons fait nous-même dans nombre de kystes de nature différente.

Après *asepsie* la plus absolue de la surface opératoire, *asepsie* des doigts du chirurgien, *asepsie* des instruments, on pratique l'anesthésie locale sur le doigt ou la main, avec l'éther, la glace, ou le chlorure d'éthyle.

Il nous semble inutile de pratiquer une anesthésie totale chloroformique pour une opération aussi brève.

Cependant quelques chirurgiens ont soumis leurs malades aux inhalations chloroformiques. Polaillon. Union médicale, p. 142. Kyste dermoïde de la face palmaire de l'index (1).

Dans le cas où l'anesthésie totale nous paraîtrait nécessaire, nous préférierions le bromure d'éthyle au chloroforme. Son effet est beaucoup plus rapide, il est vrai, mais il a l'avantage de ne provoquer aucun malaise après son emploi. A la consultation de l'hôpital Bichat, nous l'avons

(1) Polaillon, *loc. cit.*

maintes fois vu employer par le Dr Péraire avec un succès complet. Les malades, après une intervention souvent assez sérieuse, regagnaient leur domicile sans la moindre difficulté et sans qu'on ait jamais observé le plus petit accident.

Quoi qu'il en soit, l'anesthésie locale sera encore facilitée par une ligature élastique au poignet s'il s'agit d'un kyste de la main, ou à la racine du doigt si l'on a affaire à un kyste de la pulpe. Puis dans un premier temps, incision parallèle au grand axe de la tumeur, incision s'étendant un peu au-delà de la base de la tumeur.

Deuxième temps. — Dissection de la tumeur.

On dégage d'abord la partie superficielle du kyste par des tractions opposées sur les lambeaux de la peau et sur la tumeur saisie par une pince ou un crochet.

L'énucléation de la face profonde se fera soit avec les doigts, soit avec la sonde canelée, suivant le plus ou moins d'adhérences de la tumeur.

Quoi qu'en dise Lalitte dans sa thèse, nous pensons que la réunion par première intention doit être toujours recherchée. Ainsi donc, après énucléation complète de la tumeur, on se bornera à suturer la plaie avec quelques crins de Florence sans drainage.

Le pansement consistera en un tampon d'ouate ou de gaze stérilisée au niveau de la plaie. Le tout sera recouvert de ouate stérilisée et maintenu par des tours d'une bande en tarlatane humide.

Suivant la grosseur de la tumeur, suivant la plaie opératoire, le bras pourra être mis en écharpe et immobilisé.

Si l'opération a été faite en suivant toutes les règles de

l'asepsie, la cicatrisation se fera par première intention, et au bout de 4 ou 5 jours, le pansement sera remplacé par un simple carré de lint recouvert de collodion au salol ; et dans l'espace d'une à deux semaines, le malade sera débarrassé à tout-jamais d'une tumeur très gênante.

CONCLUSIONS

- 1° Il y a lieu de décrire parmi les nombreuses tumeurs pouvant siéger à la paume de la main, et à la pulpe des doigts, une variété de tumeurs kystiques :

Les kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée.

- 2° La cause de ces kystes est un traumatisme.

- 3° La pathogénie de ces kystes est simple, unique :

Ces kystes reconnaissent comme origine une inclusion traumatique de l'épiderme.

- 4° Le diagnostic est souvent difficile ; le pronostic peu grave en général, le seul traitement est l'extirpation par la méthode sanglante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- MURON. — Bull. Soc. Anat., Paris, 1858, p. 539.
- ERICHSEN. — The Lancet., vol. I, p. 434, 1860.
- TH. ANNANDALE. — The malformations, diseases and toes and their surgical treatment (Edinburg, 1865).
- RIZET. — Bulletin médical du Nord, 1866.
- GILLETTE. — Gazette des Hôpitaux, 1875, p. 854.
- BILLROTH. — Chirurgische Klinik, p. 466.
- COSSON. — Étude générale sur quelques tumeurs de la paume de la main et des doigts, Th. Paris, 1879.
- GIRONDE. — Lyon Médical, 1879.
- DEMAY. — Étude clinique et histologique de certaines tumeurs de la main, Th. Paris, 1880.
- TROQUART. — Journal de Médecine de Bordeaux, septembre 1881, n° 6, p. 52.
- GIBIER. — Bullet. Soc. Anat., Paris, 1881, p. 161.
- RIZET. — Gazette des Hôpitaux 1881, p. 755.
- KUSTER. — Ein Chirurgisches Tricunium, Kassel und Berlin, 1882, p. 254.
- CHAVASSE. — Revue médicale de l'Est, janvier 1883.
- POLAND. — SAVAGE. — GODLEE. — W. HULKE. —

Pathological Society of London, 16 oct. 1883 (Britsch. Méd. Journal 1883, vol. II, p. 773.

MICAULT. — Tumeurs perlées des doigts (Th., Nancy, 1883.)

NICAISE. — Congrès pour l'avanc. des sc. françaises, Rouen, 1883.

G. HARVEY. — Brit. Med. Journal, January, 1884, n° 1, p. 10.

POLAILLON. — Union médicale, 1884, vol. II, p. 142.

KAUFFMAN. — Weber Enkatarraphie von Epithel. (Arch. für. Path. Anat., etc., 1884, Bd^e XLVIII, p. 236.

GROSS. — Contribution à l'étude des tumeurs perlées, Paris, 1885.

GUERMONPREZ et TOISON. — Journal des Sc. méd. de Lille, 5 juillet 1885.

GUERMONPREZ. — Revue méd. française et étrangère de Paris, 11 juillet 1885. Kystes des doigts, Paris, 1886.

LALITTE. — Des kystes dermoïdes des doigts (Th. Nancy, 1885).

HEYDENREICH. KIRMISSON, In thèse LALITTE, p. 10 et 18.

BARKER. — Pathol. Society of London, nov. s^{thd} 1885.

POULET. — Bulletins et Mémoires de la Soc. Chirurgic. de Paris, t. XII, 1886, p. 460.

LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, Paris 1886.

MASSE. — Diverses communications à la Société de Chirurgie, à l'Académie des Sciences (de 1881 à 1886.)

MASSE. — Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris, Paris, 1886.

REVERDIN. — Des kystes épidermiques des doigts, *Revue de la Suisse romande*, 1887.

VILLAR. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 15 avril et 7 octobre 1887.

DARIER. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 22 avril 1887, p. 232.

VERCHÈRE. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1887, p. 526.

JONNESCO. — *Bullet. Soc. Anat.*, Paris, nov. 1888, p. 940.

DARIER. — *Bullet. Soc. Anat.*, Paris, 25 janvier 1889.

D. MOLIERE et PONCET. — *Soc. Méd. de Lyon*, mai 1889.

REVERDIN. — *Revue de la Suisse Romande*, 1889, p. 87.

JACQUET. — Épithélome kystique de la peau. *Congr. Dermatologie*, Paris, août 1889.

LABOUGLE. — *Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main*. Th. de Bordeaux, 1889.

ROLLET. — De l'apparition tardive des kystes dermoïdes, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurg.*, n^{os} 39 et 40, 1889.

KUMMER et CHRISTIANI. — *Revue de Chirurgie*, p. 670, août 1891.

CRUZEL. — *Ex prat des maladies de l'espèce bovine*, Paris, 1891.

BLAND-SUTTON. — Implantation kyst, of an ox, *Pathol. Soc. of London*, 1^{er} décembre 1891, in *Brit Med.* 1891, t. II, p. 1276.

JOHNSON. — *Pathol. Soc. of London*, 1^{er} nov. 1892, in the *Lancet*, t. II, 1892, p. 1048.

PERAIRE. — *Revue de Chirurgie*, Paris, 12^e année, n^o 10, 10 octobre 1892, p. 874-885.

TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*, t. III, 1^{er} fascicule, p. 20 et 21.

LABOUGLE. — Tribune Médicale, 1893, p. 410.

RENÉ LE FORT. — Revue de Chirurgie, 10 décembre 1894, n° 12, p. 1013.

GARRÉ. — Des kystes épithéliaux traumatiques des doigts (Dermat. Zeits., 1, 7) 1894.

BLUMBERG. — Kystes épithéliaux, Deut. Zeit, f. ch. XXXVIII, 6, 1895.

ARTHUR LUCAS. — Tumeurs néoplasiques des doigts. Th. Paris, 1894, Archives générales de Médecine, 1894-95.

TILLAUX. — Cliniques Chirurgicales publiées et rédigées par M. Thiéry, 1895.

Archives générales de médecine 1894-95.

Traité d'histologie pathologique (Cornil et Ranvier, Rindfleisch), Articles : Main, Doigts (Polailon), Kystes (Kirmisson), Sébacé (Robin), du Dictionnaire des Sciences Médicales, Kystes (Heurtaux), du Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques.

Vu :
Le Président,
TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

